



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Universidade Nova de Lisboa



COMPLICAÇÕES EM IDOSOS SUBMETIDOS A CIRURGIA DE CORRECÇÃO DE HÉRNIAS DA PAREDE ABDOMINAL

Sandra Oliveira

Dissertação de Mestrado em Saúde e Envelhecimento

Lisboa, Dezembro de 2013

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Universidade Nova de Lisboa

**COMPLICAÇÕES EM IDOSOS SUBMETIDOS A CIRURGIA
DE CORRECÇÃO DE HÉRNIAS DA PAREDE ABDOMINAL**

Sandra Oliveira

**Dissertação Apresentada à Faculdade de Ciências Médicas para Obtenção do
Grau**

de Mestre em Saúde e Envelhecimento

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Amália Botelho

Lisboa, Dezembro de 2013

Aquele que envelhece e que segue atentamente esse processo poderá observar como, apesar de as forças falharem e as potencialidades deixarem de ser as que eram, a vida pode, até bastante tarde, ano após ano e até ao fim, ainda ser capaz de aumentar e multiplicar a interminável rede das suas relações de interdependência e como, desde que a memória se mantenha desperta, nada daquilo que é transitório e já se passou se perde.

Hermann Hesse (2002)

RESUMO

O envelhecimento da população é um fenómeno à escala mundial, com tendência a aumentar, sendo cada vez mais os idosos e mais velhos. Esta propensão é notória nos utentes que recorrem aos cuidados de saúde. À medida que se envelhece maior vai sendo a vulnerabilidade e riscos para a saúde, bem como a prevalência para doenças crónicas, que se traduz num aumento de hospitalizações e consumo. As complicações ocorridas em idosos aquando submetidos a intervenções cirúrgicas estão descritas na literatura, havendo uma escassez de publicações nacionais relacionadas com o tema.

O presente estudo teve por objectivo caracterizar idosos submetidos a correcção cirúrgica de hérnias da parede abdominal, os procedimentos e as complicações ocorridas.

O estudo, transversal e de natureza quantitativa, foi realizado no Centro Hospitalar de Lisboa Norte – Hospital Pulido Valente, e teve como critério de inclusão os indivíduos com 65 ou mais anos submetidos a correcção cirúrgica de hérnias da parede abdominal, realizadas em 2009-2010, que tiveram um período de recobro na Unidade de Cuidados Anestésicos Pós-operatórios.

Para a obtenção dos dados, foram analisados os processos clínicos do Arquivo Clínico da Instituição e registada informação sobre variáveis de caracterização sócio demográfica, de saúde pré, intra e pós-operatória imediata e descritivas da cirurgia.

Foram avaliadas as situações de 164 indivíduos, 78.7% eram homens e 21.3% mulheres e a média de idades era de 72.4 anos e desvio padrão 5.46. Em termos de hábitos de Vida, foi possível constatar um predomínio de baixo consumo de tabaco (13.4%) e álcool (6.7%). O valor médio de co-morbilidades foi de 2.6 e desvio padrão de 1.34 sendo a maior prevalência de 3-4 co-morbilidades com 48.8%. Salienta-se que todas as mulheres da amostra apresentaram doenças. As patologias mais prevalentes são as do foro cardiovascular: Hipertensão Arterial (75.0%), Dislipidémia (35.4%) e Insuficiência Venosa Periférica (14.6%), de forma menos expressiva, mas igualmente relevante a Diabetes Mellitus (23.8%). Nos mais idosos [75 ou mais], verificou-se uma expressividade Hipertrofia benigna da próstata (18.2%). Das cirurgias ocorridas predominou a correcção cirúrgica de Hérnia Inguinal.

Das complicações identificadas prevaleceu a dor (97.6%). A hipotermia (34.8%), HTA (24.4%) e bradicárdia (14.6%) encontram-se entre as complicações mais determinantes. Verificaram-se diferenças com significado estatístico entre os dois grupos etários considerados nas complicações bradicárdia ($p=0.021$) e a saturação de oxigénio $<90\%$ ($p = 0.006$), hemorragia ($p=0.036$) e retenção urinária ($p = 0.038$).

Neste estudo constata-se que a cirúrgica de hérnias da parede abdominal em idosos é uma realidade prevalente. Dos factores que possam estar associados a propensão para complicações pós-cirúrgicas, a idade e a presença de co-morbilidade controlada não revelaram ter influência. Também os tempos de cirurgia e de anestesia não revelaram influências no surgimento de complicações. A monitorização dos sinais vitais deve ser constante, desde o período pré-operatório imediato de forma a permitir aos profissionais de saúde identificar uma propensão para vulnerabilidade, com vantagem em ser apresentado sob a forma de score. Este manifestou diferenças significativas a nível dos dois grupos etários considerados ($p=0.001$). Este score, vai possibilitar sinalizar quais os idosos com maior susceptibilidade de ocorrência de complicações.

Palavras-chave: Envelhecimento, Idosos, Complicações de cirurgia, Sinais vitais

ABSTRAT

Population aging has become a worldwide phenomenon with tendency to increase. This is particularly evident due to the amount of elderly that attend the medical services.

As one gets older, more vulnerable and more risks to one's health. Also chronic diseases are more likely to exist which lead to more hospitalizations and increase of consumables.

The complications after a surgery in older people are well documented in international scientific studies, however national studies are still lacking.

The present study aims to characterize elderly patients after abdominal hernia surgical correction, the procedures and complications detected.

This transversal and quantitative nature like study, was held in the Centro Hospitalar Lisboa-Norte – Hospital Pulido Valente, and as inclusive criteria where patients with more than 65 or more years old, who undergone abdominal hernia surgical correction surgery in 2009-2010 and had the post-operation on the Unidade de Cuidados Anestésicos Pós-Operatorios.

Data from the clinical files from the archive of the hospital where analyzed. Information was taken regarding social demographic variables; before, during and immediately after surgery variables and also descriptive of the surgery itself.

Were evaluated 164 individuals, 78, 7% of which were men and 21, 3% women with an average age of 72, 4 years and standard deviation 5.46. Life habits analyzed detected low consumption of tobacco (13, 4%) and alcohol (6, 7%). The average of co-morbidity was 2, 6 and standard deviation 1.34. The biggest prevalence of 3-4 co-morbidities was 48, 8%.

Important to notice that, all women from the study presented illnesses. The illnesses more frequent were cardiovascular: High Blood Pressure (75%), Dyslipidemia (35, 4%), Deep Venous Insufficiency (14, 6%), less significant but also relevant, Diabetes Mellitus (23, 8%). In the older (75 or more), was noticed Benign Prostatic (18, 2%). In the surgeries verified, the abdominal hernia correction was more frequent. From all the

complications identified, pain was 97, 6%, Hypothermia 34, 8%, high Blood Pressure 24, 4% and Bradycardia 14, 6%, were higher prevalence.

Was seen differences in the statistic meaning of the two groups in the Bradycardia complications ($p=0.021$), and the oxygen saturation $< 90\%$ ($p=0.006$), bleeding ($p=0,036$) and urine retention ($p=0,038$).

In the present study it is evident that the abdominal hernia surgical correction in older population is a common procedure. Of all the factors that might be related with post-operative complications, age and the presence of controlled co-morbidity didn't reveal relevant. Also, surgical times and duration of anesthesia didn't seem to be related to complications incidence. Monitoring the vital signs must be constant since the immediate post-operative to ensure that the professionals can identify any possible vulnerability, presenting it in a score like way. The score has shown meaningful differences between the two age groups analyzed ($p=0,001$). This score allows identifying which patients are more likely to suffer complications.

Key words: aging, elderly, surgical complications, vital signs.

AGRADECIMENTOS

Muito embora a concretização desta dissertação tenha resultado de um esforço pessoal, a verdade é que só foi possível graças ao apoio e incentivo de várias pessoas:

À Professora Doutora Maria Amália Botelho, orientadora desta tese, agradeço o seu apoio científico e a disponibilidade dispensada, pelas orientações sempre pertinentes.

Ao Dr. Manuel. Luís Capelas, pela receptividade e pela disponibilidade demonstrada, por permitir e acreditar na potencialidade do meu trabalho, mesmo nas alturas mais difíceis.

À Dra. Simone Marques e Professora Sara Dias, pelas orientações prestadas no tratamento estatístico dos dados, matéria quase desconhecida para mim.

Ao conselho de Administração do Hospital onde foi efectuado o estudo, à Directora de Enfermagem, à Directora do Serviço onde pertenço, pelas facilidades concedidas.

À Sra. Enfermeira Responsável pelo arquivo clínico (Enf.^a Conceição), pela disponibilidade demonstrada e facilidades concedidas na aquisição de processos.

À minha voz da consciência, Catarina Alves, pela insistência e por acreditar em mim.

A todos aqueles com que partilhei as minhas inseguranças, temores, desconhecimentos e que me apoiaram, com palavras de incentivo e sentimentos de positivismo, pela caminhada a percorrer.

ABREVIATURAS

AINES - Anti-Inflamatórios Não Esteróides

CA - Cirurgia de Ambulatório

DGS - Direcção Geral de Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

FC – Frequência Cardíaca

HBP - Hipertrofia Benigna da Próstata

HTA - Hipertensão Arterial

IASP - International Association for the Study of Pain

INE - Instituto Nacional de Estatística

Insuf. - Insuficiência

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

Sat. O2 – Saturação Periférica de Oxigénio

TENS - Estimulação Eléctrica Nervosa Transcutânea

VAS - Visual Analogic Scale

Declara-se que este trabalho não foi realizado conforme o Novo Acordo Ortográfico.

ÍNDICE GERAL

RESUMO	i
ABSTRAT	iii
AGRADECIMENTOS.....	v
ABREVIATURAS.....	vi
ÍNDICE GERAL	vii
ÍNDICE DE QUADROS.....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	x
INTRODUÇÃO	xi
1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	1
1.1. Pessoas com mais de 65 anos	1
1.2. Conceito de Envelhecimento	4
1.2.1. Considerações sobre o Envelhecimento Demográfico.....	10
1.3. Procedimento Cirúrgico em Pessoas Idosas.....	13
1.4. Hérnias em Idosos	18
1.5. Factores de Risco.....	21
1.6. Complicações no Pós-operatório	26
1.7. Objectivo Geral.....	33
1.8. Objectivos Específicos	33
2. Metodologia	34
2.1. Tipo de estudo.....	34
2.2. População	34
2.3. Amostra	36
2.4. Variáveis	36
2.4.1. Variáveis Independentes.....	36
2.4.2. Variáveis Dependentes.....	37
2.5. Colheita de Dados	38
2.6. Aspectos Éticos.....	40
2.7. Análise dos Dados/Informações.....	41
3. Resultados	42
3.1. Pré-Operatório	42
3.1.1. Caracterização Demográfica	42
3.1.2. Caracterização de Saúde	43

3.2.	Período Intra-Operatório	51
3.3.	Período Pós-Operatório	58
4.	DISCUSSÃO	67
5.	CONCLUSÕES.....	75
6.	BIBLIOGRAFIA.....	77
7.	ANEXOS	86
	Anexo A - Pedido de autorização da recolha de dados na Instituição CHLN - Hospital Pulido Valente	87
	Anexo B – Pedido de autorização a solicitar o parecer da Comissão de Ética para a pesquisa de dados nos processos Clínicos dos utentes	88
	Anexo C – Pedido de autorização a solicitar a concessão de dias para efectuar a pesquisa de dados	89
	Anexo D – Parecer da extensão do prazo de Entrega da Tese ao Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa/Faculdade Nova Lisboa.....	90
8.	APÊNDICE - Instrumento de Colheita de Dados.....	91
	I. ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS	91
	II. ESTADO CONSCIÊNCIA / DEPENDÊNCIA.....	91
	III. HÁBITOS DE VIDA	91
	IV. HISTÓRIA CLÍNICA	92
	IV. PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO.....	94

ÍNDICE DE QUADROS

Tabela 1 - Tabela de distribuição de Co-morbilidades.....	45
Tabela 2 - Distribuição dos Fármacos Consumidos no Domicílio.....	48
Tabela 3 – Comparação do Score de Vulnerabilidade entre Escalões Etários	64
Tabela 4 - Comparação do Score vulnerabilidade entre Sexo.....	64
Tabela 5 - Comparação do Score de Vulnerabilidade Entre Quem Toma Medicação no Domicílio e Quem Não Toma	65
Tabela 6 - Comparação do Score Vulnerabilidade Entre Quem Tem Doenças Associadas e Quem Não Tem	65
Tabela 7 – Comparação do Score de Vulnerabilidade entre os Tempos de Cirurgia.....	65
Tabela 8 – Comparação do Score de Vulnerabilidade entre os Tempos de Anestesia...	66
Tabela 9 – Comparação do Score Vulnerabilidade entre Horas de Internamento.....	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1 – Caracterização da Amostra relativamente ao Sexo e Escalões Etários	42
Gráfico 2 – Caracterização da Amostra relativamente a Hábitos Tabágicos e Etanólicos	43
Gráfico 3 - Distribuição da Co-Morbilidade no Total da Amostra e por Escalão Etário	44
Gráfico 4 - Distribuição da Co-Morbilidade por Sexo	44
Gráfico 5 – Distribuição do Número de Fármacos consumidos no Domicílio por Escalão Etário	46
Gráfico 6 - Distribuição dos Fármacos consumidos no Domicílio por Sexo	47
Gráfico 7 - Distribuição de Dor no local da Hérnia	49
Gráfico 8 – Distribuição do Número de Hérnias Recorrentes	49
Gráfico 9 - Presença de Medicação Pré-Operatória	50
Gráfico 10 - Distribuição das Cirurgias Realizadas	51
Gráfico 11 - Distribuição do Número de Cirurgias Realizadas por Utente	52
Gráfico 12 – Distribuição do Carácter da Cirurgia	52
Gráfico 13 - Distribuição do Tempo de Cirurgia	53
Gráfico 14 – Distribuição do Tipo de Anestesia	54
Gráfico 15 - Distribuição do Tempo de Anestesia	55
Gráfico 16 – Distribuição do Número de Fármacos Consumidos no Intra-Operatório..	56
Gráfico 17 – Distribuição dos Fármacos Consumidos no Intra-Operatório por Escalão Etário	57
Gráfico 18 – Distribuição do Estado de Consciência à Chegada ao Recobro	58
Gráfico 19 - Complicações Relacionadas com Sinais Vitais	59
Gráfico 20 – Distribuição das Complicações por Escalão Etário	60
Gráfico 21 – Distribuição do Grau de Dor	60
Gráfico 22 – Distribuição dos Fármacos Consumidos no Pós-Operatório	61
Gráfico 23 – Distribuição das Complicações relativas aos Sinais Vitais - Score de Vulnerabilidade	62
Gráfico 24 – Distribuição do Score de Vulnerabilidade	63
Gráfico 25 – Distribuição das Horas de Internamento	64

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenómeno demográfico, relativamente recente, que teve início no séc. XX. Rapidamente se alastrou a todos os países desenvolvidos, como resultado da conjugação de baixos níveis de fecundidade durante um período alargado, e de ganhos na esperança de vida, particularmente nas idades mais elevadas, que contribuíram de modo contínuo, para o aumento da população idosa (OMS, 2002^a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento (OMS, 2001). Este é um fenómeno de amplitude mundial, onde se insere Portugal.

Entre 1960 a 2001, o fenómeno do envelhecimento demográfico manifestou-se por um decréscimo da população jovem (36%) e um crescimento da população idosa (140%). A tendência de envelhecimento é para continuar a subir, sendo o índice de envelhecimento de 108.7, em 2004 e de 115 em 2008, segundo dados do INE (2002).

A idade cronológica tem início no momento do nascimento. As crianças desenvolvem-se e atingem a maturidade na idade adulta, contudo num determinado momento este processo altera-se, e a pessoa inicia então um processo de declínio (Beers *et al*, 2004).

A idade a partir da qual se consideram as pessoas como idosas é, para as Nações Unidas, 60 ou 65 anos, de acordo com o grau de desenvolvimento dos países, por ser quando se encerra a fase economicamente activa ou idade da reforma. A OMS utiliza as categorias de pessoa idosa a partir dos 65 e mais anos e muito idosa com 80 e mais anos (OMS, 1999; OMS, 2002^a). Em Portugal o INE considera também estas categorias. Esta será a definição adoptada neste trabalho.

A forma como cada indivíduo envelhece, parece resultar de uma combinação de factores de natureza genética e factores ambientais (intrínsecos e extrínsecos), ao longo da vida (Botelho, 2000). Ou seja, no processo de envelhecimento cruzam-se forças originárias quer do indivíduo, quer do contexto em que a pessoa se encontra inserida, quer da interacção entre ambos.

O processo de envelhecimento é percebido como complexo e dinâmico, no qual ocorrem alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que vão determi-

nando a perda progressiva de capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, através da experiência de vida de cada um (Paúl & Fonseca, 2005). Todas estas alterações, originam vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que podem conduzir o ser humano a morte. (Fonseca, 2005; Paúl & Fonseca, 2005)

Os profissionais de saúde detectam cada vez mais um aumento da população idosa que frequenta os serviços de Saúde, pelo que actualmente se dá especial atenção ao processo de Envelhecimento. Ser idoso exige cuidados específicos, uma vez que as pessoas idosas têm propensão para apresentar grandes fragilidades e vulnerabilidades.

Face ao exposto, denota-se uma necessidade premente de se estruturar conhecimentos e recursos específicos às pessoas que envelhecem. Actualmente já se encontra em curso uma abordagem adequada a esta população, evidente em algumas instituições e serviços. No entanto, há que envolver todos os profissionais, nomeadamente os de saúde nas especificidades da pessoa idosa.

Para cuidar do idoso torna-se necessário reconhecer que o envelhecimento é construído diariamente pelos indivíduos, desde a infância, numa perspectiva de curso de vida. Assumem-se determinantes significativos nas maneiras de se envelhecer: a influência das experiências da vida, os hábitos e modos de enfrentar as dificuldades, os factores genéticos, sociais e ambientais. Todos estes aspectos contribuem para definir as condições de saúde que o indivíduo vivenciará na velhice (OMS, 2002^a).

À medida que se envelhece aumenta a vulnerabilidade dos idosos, através do elevado risco de problemas e a prevalência de doenças crónicas. Esta condição traz consequências que vão traduzir-se num aumento de hospitalizações e recursos despendidos. Devido a estes factos, mais recentemente, tem-se registado um elevado número de procedimentos cirúrgicos pois os mesmos têm-se tornado uma opção de tratamento seguro, devido aos avanços dos meios de diagnóstico, de cirurgia, de anestesia e dos recursos terapêuticos, assim como da capacitação dos recursos humanos (Bailes, 2000).

Hoje em dia as pessoas vivem muitos mais anos, e é forte o desejo de maximizar esse período. Os enfermeiros, nesse sentido têm a oportunidade de contribuir significativamente para a vida dos indivíduos, de um modo positivo, influenciando a saúde da sociedade, auxiliando as pessoas a fazerem escolhas informadas de estilos de vida saudáveis.

Por outro lado, a maior incidência de doenças crônicas nos idosos, leva os profissionais de saúde a abraçarem outro desafio: adiar ou prevenir essas doenças, dentro do possível. “Os que cuidam da população envelhecida vão necessitar de mais conhecimentos e melhores capacidades, para ajudar este grupo a manter a saúde e as suas capacidades, e a evitar complicações. O mais importante é melhorar a qualidade de vida, mais do que procurar meios de aumentar a longevidade” (Morris, 2003).

Uma das preocupações da sociedade moderna prende-se com a abordagem ao utente idoso, nomeadamente em meio hospitalar. Enquadrado no contexto acima descrito, o presente trabalho aborda o tema: **O Idoso submetido a Cirurgia de Correção de Hérnias da Parede Abdominal.**

Este estudo, tem então como objectivo analisar as complicações nos idosos submetidos a correção cirúrgica de hérnias da parede abdominal. A preocupação prende-se essencialmente com reflexão sobre as características dos idosos no pré, intra e pós-operatórios que tornam o indivíduo mais predisponente para complicações devido a esta cirurgia.

Neste contexto, o presente trabalho visa contribuir para investigação nesta área no nosso país. Sendo um trabalho assente na prática diária hospitalar, em que as complicações pós operatórias são uma constante e uma consequência de várias variáveis, nomeadamente no que se refere a pessoas idosas, que cada vez mais ocorrem aos serviços de saúde, vem assim, facultar dados mediante uma metodologia de avaliação específica, adequada à nossa realidade clínica, social e cultural.

1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1. Pessoas com mais de 65 anos

A idade inicia-se no momento do nascimento. O ser humano nasce, cresce, envelhece e morre. Todos sabemos quando se nasce e quando se morre. Mas o envelhecimento não está completamente esclarecido. Não existe um momento certo para que o processo de envelhecimento se inicie. Na verdade, a vida biológica é um contínuo entre a concepção e a morte. Nós é que a dividimos artificialmente em etapas.

A Idade Cronológica é o número de anos que um indivíduo tem a partir do seu nascimento.

Foi defendida por Costa e McCrae (cit in Rendas, 2001), na década de 80, por se tratar de um parâmetro fácil de medir, fiável. Outros autores, referem-se a este parâmetro de avaliação de envelhecimento como “democrático”, por ser comum a qualquer indivíduo, independentemente do sexo, ou estatuto social. No entanto, este parâmetro não nos diz muito sobre o real envelhecimento humano. Para Cavanaugh (1997) a importância da idade cronológica deve-se ao facto de ser um método simples de organização de acontecimentos.

A OMS (2002^a) considera que pessoas idosas são normalmente referenciadas em grupos de idades específicos, por exemplo, pessoas com 60 e mais anos, dependendo de factores culturais e individuais. Anteriormente, a “passagem à reforma” (consensualmente, indicada aos 65 anos) era designada por muitos como a porta de entrada na velhice (Paúl & Fonseca, 2005). Actualmente, isto não acontece pelas transformações sociais a que estamos sujeitos. Hoje em dia as pessoas reformam-se mais cedo, por motivos que não se prendem com a idade, mas sim pelo desemprego, por reformas antecipadas, situações de incapacidade. Torna-se assim difícil, assinalar uma idade ou um acontecimento que sejam sinónimos de velhice.

Em Portugal, considera-se pessoa idosa, homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos (DGS, 2004). No entanto, não existe consenso quanto aos limites de idade dos grandes grupos. À definição da OMS, Krause, (1994 cit. por Espanadeira, n.d.) acrescentou grupos etários mais definitivos, nomeadamente “idoso jovem” (entre os 65 e os 75

anos de idade) e “idoso velho” (mais de 75 anos de idade), por sua vez o INE (2002) utilizou os seguintes faixas etárias: dos 65 aos 74 anos, dos 75 anos aos 84 anos e por último o grupo dos mais de 85 anos. Esta definição tem em conta o número crescente de pessoas activas e saudáveis, no espectro das pessoas idosas.

Ser idoso não passa apenas pela idade definida em termos de anos de vida, implica também um conjunto de alterações a nível biológico, psicológico e social. Segundo Birrem & Cuningham (1985) *citado* por Fontaine (2000), um indivíduo não tem uma, mas sim três idades diferentes: idade biológica, idade social e idade psicológica.

- *Idade Biológica* está assente no envelhecimento orgânico e funcional (Fontaine, 2000); sendo definida como a idade que as pessoas exteriorizam.

Pode-se falar num referencial para o processo de socialização, em que por exemplo, os aniversários são simples rituais de passagem.

Cada vez mais se admite, que os órgãos e sistemas não parecem envelhecer todos ao mesmo ritmo e resultam de processos intrínsecos, determinados geneticamente, de factores ambientais, de diferenças nos estilos de vida e dos efeitos das doenças. Fontaine (2000) assume que “cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida, e a capacidade e auto-regulação torna-se também menos eficaz”. Consequentemente a idade biológica pode divergir da idade cronológica.

- *Idade Social* reporta-se ao papel, aos estatutos, aos hábitos do indivíduo esperados relativamente aos outros membros da sociedade, sendo determinada pela cultura e história de um país. (Fonseca, 2006; Netto, 2006)

O envelhecimento social ocorre quando o indivíduo deixa de interagir com a sociedade. De acordo com Motta (1989), a progressiva diminuição dos contactos sociais; o distanciamento social; a gradual perda de poder de discussão; o sucessivo esvaziamento dos papéis sociais; a gradativa perda de autonomia e independência, e mesmo alterações nos processos de comunicação são prováveis indicadores de envelhecimento social. Já para Rosa (1983), com o envelhecer, as funções sociais do homem tornam-se mais reduzidas, quer por escolha pessoal ditada por suas próprias limitações físicas, quer por pressões da própria sociedade. Muitas das vezes a pessoa idosa forma uma imagem negativa de si mesmo, resultante de um conjunto de ideias e actividades da sociedade. O idoso pensa que já nada era como antigamente, sente-se velho, pois paralelamente às limitações que

ocorrem com o envelhecimento, ainda surge o “síndrome do ninho vazio”, que é quando a mulher que sempre se dedicou a família, vê partir os filhos e se sente sozinha ou chega a reforma. Toda a estrutura social, financeira e psicológica fica abalada.

O envelhecimento social pode até não ocorrer, quando a sociedade fornece oportunidades de interacção e os indivíduos mantêm capacidade de se adequarem aos papéis sociais. É de extrema importância ir actualizando os projectos ao longo da vida.

- *Idade Psicológica*: Refere-se às competências comportamentais que a pessoa pode assumir em resposta às mudanças do ambiente, inclui motivação, memória, inteligência e sentimentos. (Fonseca, 2006)

É uma relação que se estabelece entre a idade cronológica e o potencial de funcionamento do indivíduo.

Factores como sexo, classe social, saúde, educação, personalidade, história passada e contexto socioeconómico misturam-se com a idade cronológica. Desta forma, as experiências de envelhecimento e velhice podem variar no tempo histórico de uma sociedade. O equilíbrio psicológico, torna-se mais difícil, pois a longa história da vida acentua as diferenças individuais.

Todas as sociedades têm diferentes idades para a calendarizar períodos da vida. Cada grupo social em diferentes culturas tem o processo biológico elaborado culturalmente e simbolicamente. A maneira como a vida é calendarizada e as interpretações que são dadas a diferentes faixas etárias é diferente em cada sociedade e em cada cultura que marcam tipos de organização social e político. Assim, nas sociedades primitivas, os indivíduos com 20 anos eram considerados pessoas idosas, na Idade Média essa etapa era alcançada aos 40 anos, no início do século XX aos 50 anos, depois passou para os 60 anos. Actualmente, a esperança média de vida à nascença em Portugal é aproximadamente 79.4 anos nas mulheres face a 72.4 nos homens.

O envelhecimento e o desenvolvimento são processos que coexistem ao longo do ciclo vital. Como dizia Séneca, cit. por Sé (n.d.) "Nossa vida é como uma comédia: ninguém repara se foi longa, e sim se foi bem representada".

1.2. Conceito de Envelhecimento

Por muito tempo, o avanço da idade esteve associado à imagem negativa ligada à velhice, como se a velhice fosse um processo *continuum* de perdas e de dependência. No século XIX, Charcot (cit. por Beauvoir, 1970) assumiu a vivência da era patológica contribuindo para imagem negativa do envelhecimento, tendo atribuído adjetivos como decadente, deteriorada e desestruturada. Para este autor é uma etapa da vida, que culmina na morte. Juvenal (n.d) citado por Beauvoir (1970) compartilha desta ideia referindo que “envelhecer é ver morrer os que nos são caros, é ser condenado ao luto e à tristeza”.

Para muitos, a velhice está muito mais associada a decadência, do que à sabedoria e experiência, tão proclamada por certas etnias.

Numa sociedade que privilegia a juventude, a idade avançada é vista como sinónimo de doença e declínio físico, mas também como fealdade e dependência. Um estereótipo muito enraizado é o de que o comportamento dos idosos é inflexível, resistente a mudança com poder de iniciativa limitado e incapacidade para aprender. Para Hazan (citado in Fonseca, 2006) “as pessoas idosas comuns são vistas como estando a viver um estado de esterilidade intelectual e impotência emocional”.

Outro pensamento, igualmente generalizado pela sociedade, coloca os idosos sob uma perspectiva de “segunda idade”, associado a todas as situações a que essa etapa traduz, dependência, infantilização, diminuição de responsabilidade e consequentemente redução do estatuto social (Fonseca 2006). Em certos países, como por exemplo no Brasil, o idoso, infelizmente, representa apenas “o velho”, o “ultrapassado”, “a falência múltipla do potencial humano”. Esta realidade está associada à escassez de conhecimentos acerca desta fase da vida, o que ocasiona agravamento de problemas sociais como a violência dentro de casa, e a discriminação. Outros mitos reportam os idosos como incompetentes, decrepitos e assexuados. (Cavanaugh, citado in Fonseca, 2006). Estes mitos acerca do envelhecimento resultam no idadismo “uma forma de discriminação das pessoas baseada simplesmente na idade que apresentam” (Cavanaugh, 1997). Este autor refere que uma das consequências graves destas atitudes negativas para com os idosos, leva os próprios a terem uma imagem de si mesmos de acordo com as expectativas sociais da sociedade: incompetência e incapacidade. Desta forma, resulta o medo de envelhecer. Britto da Motta (2006) refere mesmo “que todos exorcizem os fantasmas do seu futuro, afastando-se

dele ou ensaiando destruí-lo”, ou seja, os próprios idosos evitam a nomenclatura de velhice, negado a idade e recorrendo a mecanismos que contrariem a força da natureza, através de atitudes, cirurgias plásticas, moda, de modo a manterem-se jovens.

É difícil aceitar que envelhecer é uma fase maravilhosa da vida pois o envelhecimento é um período de perdas (Paúl & Fonseca, 2005), mas o indivíduo idoso, só por ser velho, não perde a sua dignidade pessoal ou capacidade de participação social, é uma pessoa em desenvolvimento até ao fim (Fonseca, 2005).

Em muitos países e culturas a velhice é vista com respeito e veneração, representando a experiência, o valioso saber acumulado ao longo dos anos, a prudência e a reflexão. Deste modo, é fácil perceber como as tradições, a cultura, modelam diferentes formas de envelhecer, influenciando a forma como cada sociedade encara os idosos e todo o processo de envelhecimento.

Segundo Botelho (2007), Envelhecimento pode ser considerado “um processo fisiológico, gradual, previsível e inevitável (...) que envolve evolução e maturação, atinge todos os seres vivos ao longo da sua vida”. Ele afecta todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo.

O envelhecimento é um fenómeno do processo da vida, assim como a infância, a adolescência e a maturidade, e é marcado por mudanças biopsicossociais específicas, associadas à passagem do tempo (Ferreira, Maciel, Silva, Da Nova Sá & Moreira, 2010). Estas mudanças, que podem ser, morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que vão ocasionando perda progressiva de capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, originando vulnerabilidade e maior incidência a processos patológicos ao longo da vida (Fonseca, 2005; Paúl & Fonseca, 2005).

É possível agir sobre os efeitos do envelhecimento, uma vez que o ciclo de vida não representa uma agregação de factores de evolução uniformes ou pré-definidos. De um ponto de vista individual, difere de pessoa para pessoa em função da saúde física, das necessidades psicológicas, redes sociais de pertença e condicionalismos económicos, enquanto de um ângulo colectivo depende do contexto cultural, podendo ser indicador de prestígio social ou, pelo contrário, de dependência. As diferenças culturais poderão suscitar no envelhecimento reacções de ordem afectiva e psicológica (OMS, 1999).

Fontaine (2000) dá o seu contributo a esta questão, referindo que “o envelhecimento não é sinónimo de velhice”, pois os seus efeitos ocorrem de modo heterogéneo nas diferentes pessoas, como resultado de variadas possibilidades, de inter-relação entre os factores intrínsecos e extrínsecos (Botelho, 2000). Cada um sente o envelhecimento de modo diferente. Vaillant (2002 cit. por Fonseca, 2006) corrobora esta afirmação ao mencionar que ao longo da existência, cada indivíduo vai conferindo sentido à sua vida, acentuando que em cada idade a história de vida é contada de maneira diferente.

O indivíduo é assim um sujeito activo no processo de envelhecimento, uma vez que pode orientar e direccionar estes factores através de comportamentos e atitudes, em suma, através da construção responsável do seu percurso de vida. Dois indivíduos de 70 anos envelhecem de modos diferentes, pois este fenómeno pode ser determinado geneticamente ou ser influenciado pelo estilo de vida, pelas características do meio ambiente e pela situação nutricional de cada um (Ávila, Guerra & Meneses, 2007, cit. por Ferreira, Maciel, Silva, Da Nova Sá & Moreira, 2010).

A *Organización Panamericana de Salud* (2003) descreve como “Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao stress do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”. O Envelhecimento é visto como um fenómeno natural, irreversível não patológico, mas que dispõe à doença, devido à diminuição de resistência (Paúl & Fonseca, 2005).

De acordo com Nunes (1998) a idade cronológica não deve ser considerada um factor de risco, ou seja, a morbilidade/mortalidade de indivíduos idosos está mais relacionada com alterações fisiológicas e a condição clínica do que com idade cronológica. O que importa é a idade funcional, isto é, como cada pessoa avalia os marcadores biológicos, sociais e psicológicos presentes no seu curso de vida. “A melhor idade é os tempos que vivemos as melhores histórias”. Hoje os estádios mais avançados da vida são momentos propícios para novas conquistas.

Baltes & Baltes (1990) reporta o envelhecimento como um processo multidimensional, uma vez que abrange diferentes dimensões da vida (domínios físico, social, de desenvolvimento pessoal), e é multidireccional, no sentido em que envolve tanto as experiências

positivas (crescimento pessoal) como as negativas (perdas, declínios) (Steverink, Westerhof, Bode, & Dittmann-Kohli, 2001).

Para Sequeira (2010) o “envelhecimento é uma etapa de vida, (...) em que as dimensões biológicas, sociais e psicológicas interagem de forma ininterrupta de acordo com a interacção humana, onde cada uma afecta e é afectada”.

Existem distintos conceitos de envelhecimento que consideram diferentes aspectos do desenvolvimento humano, no entanto não reportam o envelhecimento e, nem como este processo é vivenciado e representado pelos próprios idosos e pela sociedade em geral.

As pessoas envelhecidas, mesmo as que têm boa saúde, vão sofrendo, gradualmente, de fragilidades (Botelho, 2007). Para Fried, Ferrucci, Darer, Williamson & Anderson (2004) a fragilidade tem sido reconhecida como um conceito para descrever uma síndrome geriátrica atribuível a uma deterioração a nível dos sistemas da capacidade de reserva em idades mais avançadas. As características mais frequentemente incluídas são: mobilidade, equilíbrio, força muscular, motor de processamento, a cognição, resistência, nutrição e actividade física.

A fragilidade nos idosos ocorre devido às alterações fisiológicas que, com o avanço da idade, limitam as funções do organismo, tornando-as cada vez mais predispostas à dependência para a realização do auto cuidado, à perda da autonomia e da qualidade de vida. O envelhecimento é um processo lento e contínuo, “com alterações irreversíveis na estrutura e funcionamento de células, tecidos, órgãos e sistemas, e do organismo como um todo” (Kirwood, 1996; Resnick, 2005 cit. por Botelho, 2007). Entre as principais mudanças que ocorrem no idoso está a diminuição do metabolismo e da capacidade de reserva funcional dos diferentes órgãos e sistemas, ou seja um organismo envelhecido quando submetido a situação de *stress* físico, emocional, etc, poderá ter dificuldades em manter a sua homeostase e desta forma manifestar sobrecarga funcional, a qual pode culminar com processos patológicos (Firmino 2006, citado por Cancela, 2008). O processo normal de envelhecimento para além do declínio da função orgânica, desencadeia alterações na farmacocinética e também na capacidade termorreguladora.

Associado aos danos próprios do envelhecimento, acrescem as doenças crónicas e degenerativas, assim como o aumento de hospitalizações e recursos despendidos. “ (...) Estima-se que 85% das pessoas com mais de 65 anos, têm pelo menos uma situação crónica.”

(Hoffman, Rice, Sung, 1996). Envelhecer sem uma doença crónica é antes uma excepção que a regra (Veras, 2011) no entanto, a presença de uma doença crónica não implica que o indivíduo não possa gerir a sua própria vida e vivenciar o seu dia-a-dia com independência. Existem no entanto pessoas, que sendo mais frágeis, apresentam risco superior de desenvolvimento de doença crónica, e deficiências multifuncionais que poderão resultar em dependência nas actividades de vida diária (Wilhelmson, Duner, Eklund, Gosman-Hedström, Blomberg, Hasson, Gustafsson, Landahl & Dahlin-Ivanoff, 2011).

A longevidade e bem-estar do homem dependem da influência de factores extrínsecos, como resultado da interacção do homem com o meio ambiente, ao adoptar comportamentos que caracterizam o seu estilo de vida. Constituem factores de risco do processo de envelhecimento o meio ambiente e os estilos de vida onde se incluem os hábitos alimentares, alcoólicos e tabágicos, a exposição solar e a sedentariedade. Segundo a OMS 75% das patologias mortais dependem de causas extrínsecas (Fontaine, 2000; OMS, 2005).

Também a diminuição do prestígio social, a angústia e o temor da morte, além do sentimento de inutilidade, de medo de converter-se numa carga para a família e para a sociedade, as modificações fisiológicas, são factores que aceleram o processo de envelhecimento, levando as pessoas a entregarem-se ao abandono (Silva, 1984).

Apesar dos factores de risco que acometem o processo de envelhecimento, estudos epidemiológicos têm mostrado que as doenças e limitações não são consequências inevitáveis deste processo, sendo importante actuar na prevenção. A eliminação de factores de risco e adopção de hábitos de vida saudáveis são importantes determinantes do envelhecimento saudável (Costa, 2003).

O Envelhecimento Saudável fomenta desenvolvimento e manutenção de boa saúde física e mental, de modo a prevenir ou minimizar doenças e o seu impacto na funcionalidade.

“Um estilo de vida saudável é aquele em que uma pessoa se empenha num modelo de actividades positivas, com regularidade diária” no sentido de aumentar o seu nível de bem-estar e saúde. É o resultado das opções que o indivíduo faz ao longo da vida, reflectindo a herança e as convicções culturais, étnicas e religiosas e socioeconómicas, no seio da unidade familiar (Sands & Wilson, 2003).

A OMS (2005), no final dos anos 90, substituiu o conceito de envelhecimento saudável pelo de Envelhecimento Activo, no sentido de otimizar as oportunidades de saúde, de

participação e de segurança, os pilares que suportam o conceito, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Refere-se não só a participar na força de trabalho e a ser fisicamente activo, mas também à participação social, económica, cultural, espiritual e cívica em todas as fases da vida.

O envelhecimento activo reconhece que os mais velhos constituem um grupo heterogéneo e que a diversidade entre os indivíduos tende a aumentar com a idade. (OMS, 2005). Manter a autonomia e a independência é fundamental. Assim torna-se primordial a interdependência e a solidariedade entre gerações. As pessoas idosas precisam de estar junto da família e amigos, pois constituem um grupo vulnerável, pelo elevado risco de isolamento e pouca saúde. O isolamento social, a que os idosos são sujeitos pode desencadear ansiedade, depressão e insónia, que, por sua vez, podem originar doenças, tais como o enfarte, além de alterações de valores e atitudes, aumento do entusiasmo e diminuição da motivação (Rauchback, 1990).

Com o aumento da população idosa, devemos criar condições e estratégias para ajudar pessoas a permanecerem saudáveis e activas, visando, que o modo como se vive determina o modo como se envelhece. Esperando que o idoso viva a sua vida de forma autónoma e independente com a maior qualidade de vida e esperança de vida possível.

É fundamental lembrar que todo tempo é tempo para restaurar e corrigir, começar e recomeçar. (anónimo) Os estilos de vida saudáveis, vão sendo influenciados, pelas atitudes e intervenções dos profissionais de saúde.

O envelhecimento é uma questão essencialmente demográfica.

1.2.1. Considerações sobre o Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento populacional constitui uma das maiores conquistas do presente século. Poder chegar a uma idade avançada, já não é mais um privilégio de poucas pessoas. Na Idade Média, por exemplo, a expectativa de vida do homem era de 25 a 30 anos de idade. Actualmente, a expectativa atinge até os 80 anos.

A partir dos anos 80, o envelhecimento populacional tem-se tornado um fenómeno que atinge grande parte do mundo, tanto em países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento (Kalache, Veras, Ramos, 1987). Este envelhecimento está relacionado com uma diminuição no número de crianças e jovens e a um aumento na proporção de pessoas com 60 anos ou mais.

O envelhecimento demográfico consiste no aumento da proporção das pessoas idosas na população total (INE, 2002), como resultado aumento da longevidade e desde meados dos anos noventa de saldos migratórios positivos.

A OMS estima entre 1970 e 2025 um crescimento de 223 %, ou cerca de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025 espera-se que existirão 1.2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento (OMS, 2005). Ainda de acordo com a mesma fonte, até 2050 existirão dois biliões de pessoas com mais de 60 anos. Sendo que 80% viverá nos países desenvolvidos (OMS, 2005).

De facto, o mundo está a envelhecer rapidamente e Portugal não é excepção de acordo com os dados da Revista de Estudos Demográficos (Carrilho e Patrício, 2005). Constatase um aumento da proporção das pessoas idosas na população total, em prejuízo da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade activa.

Os dados do Instituto Nacional de Estatística (2002) traduzem esta situação: entre 1960 e 2001 o envelhecimento da população portuguesa manifestou-se por um decréscimo de 36.0% na população jovem e um crescimento de 140.0% da população idosa. Também é importante referir a heterogeneidade dentro da população idosa: o grupo dos 75 e mais anos é o que mais prospera, a evidente superioridade numérica das mulheres, devido à maior esperança de vida, que vai aumentando com o avanço da idade (Mota Pinto & Botelho, 2007).

De acordo com Censos 2001 (INE, 2002), estima-se que a população idosa continue a aumentar, para 6.9% na faixa etária dos 75 aos 84 anos e estabilize nos 1.5% após os 85 anos.

Mais actualizado, os censos de 2011 (INE, 2012) revelaram um aumento da população portuguesa nos últimos 10 anos, em 2%, (206 061 pessoas) que se deveu ao predomínio do saldo migratório. Mas a pirâmide etária continua desequilibrada, regista-se um decréscimo das camadas jovens em 15% e um aumento da população idosa em 19%.

Considerando as projecções para 2060, estima-se o acentuar do fenómeno do envelhecimento (INE, 2009):

- A proporção de jovens no total da população apresenta uma tendência de decréscimo (15.3% em 2008 para 11.6% em 2060)
- A proporção de idosos mantém a tendência de crescimento ao longo de todo o período (17.4% em 2008 para 32.3% em 2060)
- População em idade activa, espera-se uma redução das proporções dos grupos etários entre [15-54] anos e aumento da proporção do grupo etário [55-64]. Estes resultados mostram espectável um envelhecimento da população activa;
- Aumento do índice de envelhecimento. Em 2060 por cada 100 jovens residirão 271 idosos.

Se menos pessoas nascem e mais pessoas vivem, então, é claro que logo teremos uma enorme população de idosos, que vai ultrapassar a população mais jovem. Os idosos continuarão a aumentar em valor absoluto e em importância relativa, projectando-se que em 2060 residam em Portugal cerca de 3 idosos por cada jovem (INE, 2009). Estima-se que no século XXI, os indivíduos com mais de 75 anos representem quase metade da população idosa (Carrilho e Patrício, 2005).

Sem dúvida, está-se perante uma vitória dos avanços e melhorias da tecnologia, da medicina e, consequentemente, da qualidade de vida, ao longo da história da humanidade. No entanto, interessa referir que o rápido envelhecimento nos países em desenvolvimento é acompanhado por graves implicações.

Como principais implicações sociais do envelhecimento destacam-se: o aumento imparável do número de inactivos e reformados, os baixos rendimentos usufruídos por grande parte destes cidadãos, o isolamento físico e social de um número de pessoas cada vez maior, a incapacidade do sistema de saúde para dar resposta às necessidades específicas dos idosos e sobretudo dos grandes idosos. Por outro lado, surgem transformações dramáticas nas estruturas e nos papéis da família, assim como nos padrões de trabalho e na migração. Isto é, a migração de jovens para fora das cidades na procura de emprego, aliado à conjectura socioeconómica actual, contribui para a formação cada vez mais tarde das famílias e sendo cada vez menores, em detrimento das famílias alargadas do passado, a emancipação das mulheres que pretendem dar continuidade aos estudos, acabam por se transformar numa grande força de trabalho, conduzindo a um menor número de pessoas para cuidar dos idosos, quando necessário, conduzindo desta forma a maiores custos, na aquisição de recursos.

Assim, pode-se afirmar que as transformações sociais estão a influenciar os modos como se envelhece, pois envelhecer é determinado não só pela cronologia e por factores físicos, mas também pela condição social em que vivemos e pela singularidade individual de cada um (Vilela de Lima & Bueno, 2009).

1.3. Procedimento Cirúrgico em Pessoas Idosas

O rápido crescimento populacional acima dos 65 anos, e tem gerado preocupação geral. Neste sentido, Petroianu (2008) expõe uma realidade muito actual ao relatar que “a qualidade de nosso mundo é uma herança em vida dos idosos, porém a sociedade ainda não alcançou o desenvolvimento moral suficiente para compreender a realidade e atender às necessidades dos seus construtores, para proporcionar-lhes o respeito, os cuidados e o conforto que lhes são devidos por direito. Já é grande demais o castigo natural imposto à maior parte dos idosos pela progressiva dependência decorrente de suas limitações físicas, mentais e financeiras.”

As pessoas idosas vão crescendo progressivamente e há uma perspectiva de que duplicação em menos de trinta anos (Petroianu, 2008), como tal torna-se imprescindível um cuidado especial para com esta população, na medida em que é portadora de características biológicas particulares, e estão mais susceptíveis a doenças, principalmente degenerativas e neoplásticas. É necessário perceber de forma específica o modo como as doenças se manifestam nessa faixa etária, o resultado da terapêutica utilizada, assim como a indicação para cirurgia e actuar em conformidade.

O progresso dos procedimentos cirúrgicos é recente, devido ao aperfeiçoamento dos meios de diagnóstico, da cirurgia, da anestesia e dos recursos (Mendonza & Peniche, 2009).

Actualmente, o principal objectivo do tratamento cirúrgico é prolongar a vida. Mas para Passos e Neto (2002), este pressuposto deve ser substituído nos idosos por procurar melhorar ou preservar o conforto pelo maior tempo possível. Há cerca de 50 anos atrás, o tratamento cirúrgico nos pacientes idosos era considerado de alto risco, actualmente a cirurgia tem trazido resultados extraordinários, desde que se atendam a todas as circunstâncias que a rodeiam.

As cirurgias podem classificar-se: em electivas, de emergência ou de urgência.

Por *cirurgia electiva* entende-se os procedimentos cirúrgicos planeados, não urgentes. A indicação da cirurgia electiva deve ser avaliada de maneira rigorosa, refere Nunes (1998 citado por Saenger *et al*, 2005), tendo-se em mente o risco/benefício que, na maioria das vezes, é favorável à cirurgia. Como cirurgias electivas, mais comuns, tem-se a coledolitíase,

a hérnia da parede abdominal e as neoplasias. As *cirurgias de emergência*, têm de ser efectuadas de imediato, no sentido de preservar a vida. As *intervenções de urgência*, por sua vez, são os procedimentos não planeados, que devem ser realizados atempadamente, mas que não colocam em risco, imediato, a vida. Nunes (1998) conclui que não existem limites para a cirurgia de urgência, exceptuando os doentes em fase terminal, quando já não existe hipótese de sobrevivência.

Rutkow (1998) cit por Pitrez, Pioner, Lemche, Irigaray, Nunes e Silva (1999) sublinha que a cirurgia de urgência está associada a taxas de mortalidade entre 12 e 15%, acompanhada de morbilidade superior a 50%. Entre as cirurgias de urgência mais frequentes realizadas no idoso, encontram-se as hérnias encarceradas ou estranguladas da parede abdominal. (Saenger, Menezes, Consoni & Hekman, 2005).

O *período pré-operatório* tem início quando é tomada a decisão de intervenção cirúrgica. (Marek & Boehnlein, 2003) e termina quando o doente é transportado para o Bloco Operatório.

A cirurgia é experienciada de formas diferentes, por diferentes indivíduos, mas não deixa de ser um factor de *stress*, dependendo, também dos factores fisiológicos, psicológicos e sociais subjacentes. De acordo com Marek & Boehnlein (2003) a cirurgia produz, reacções de *stress* fisiológicas (respostas neuro endócrinas) e psicológicas (ansiedade e medo). Requer portanto, uma readaptação do utente e família, a mudanças. O enfermeiro é o profissional de saúde sempre presente para ajudar. Durante esta fase, os enfermeiros tem um papel primordial em ajudar o utente e sua família a compreender o problema de saúde, intervir na preparação para o acto anestésico cirúrgico proposto e suas consequências. É de extrema importância, conhecer o utente que irá ser submetido a cirurgia, no sentido de serem detectadas alterações funcionais e ser possível compensá-las a tempo, evitando dessa forma as complicações no pós-operatório, o desgaste e os transtornos emocionais, não só para o utente como também para a sua família.

O *período intra-operatório* envolve o tempo que o doente permanece no bloco operatório, onde estará ao cuidado e segurança dos enfermeiros do bloco (circulante, anestesia, instrumentista), que zelam pelo cuidar e minimizar das complicações (Timby, 2001). Este período dura até o doente ser enviado para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos.

A *fase pós-operatória* é a terceira fase da experiência cirúrgica. (Timby, 2001) O período pós-operatório tem início com a admissão do doente na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos e termina com a avaliação final do necessário acompanhamento do doente no domicílio ou em instituição clínica (Boehnlein, Marek, 2003^b). O pós-operatório imediato é caracterizado até às primeiras 48 horas pós-operatórias.

Para Bogossian, citado por Moraes & Peniche (2003), o período pós-operatório compreende o momento em que o paciente sai da sala de operações até o retorno às suas actividades normais. Com duração variável, pois depende do tipo de intervenção cirúrgica e das condições fisiológicas do paciente.

Este período é dividido em três etapas:

- *Imediato* que compreende as primeiras 12 ou 24 horas após o término da cirurgia. A sua duração depende do porte ou gravidade da cirurgia e estado em que se encontra o paciente ao seu término;
- *Período Pós-Operatório Mediato* que se inicia após as primeiras 24 horas e se desenvolve por um período variável até o dia da alta hospitalar. Nas cirurgias de menores a duração é geralmente curta e estende-se por cerca de 2 a 4 dias. Nas grandes cirurgias e pode ser prolongado por 1 semana até 10 dias;
- *Período Pós-Operatório Tardio* que sucede o anterior e se estende por 1 a 2 meses, até a completa cicatrização das lesões ou a fase de ganho ponderal;

No passado, uma intervenção cirúrgica pressupunha vários dias de internamento, cerca de vinte e um dias, segundo Laurino Neto, Buchmann & Messias (2004). Actualmente, com o auxílio de novas tecnologias e no sentido de minimizar custos, opta-se muitas vezes pela Cirurgia de Ambulatório, mesmo no caso dos mais idosos. “A cirurgia de ambulatório não requer hospitalização sobre a noite e pode ser efectuada com anestesia geral local ou regional” (Marek & Boehnlein, 2003). Reforçando esta ideia, Martín Morales (1996) refere que a “Cirurgia Ambulatória (CA) consiste num sistema funcional organizado e multidisciplinar de assistência cirúrgica que permite o tratamento de doentes seleccionados de modo eficiente e seguro, sem necessidade de internamento hospitalar”.

Foi no século XX, com o “aumento progressivo da esperança de vida da população, associado a um nível cultural cada vez mais elevado, gerou uma procura cirúrgica que colo-

cou em evidência as limitações de recursos do sistema de saúde, incapaz de responder às necessidades crescentes”. (Mendonça, Leitão, Pereira, Reis, Lopes, 2010) Como resposta a esta situação surgiu o desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório.

A cirurgia de ambulatório começa a emergir em Portugal. Os hospitais do SNS têm vindo a demonstrar especial atenção na prática da CA devido “a necessidade de evoluir em programas centrados no doente, de elevada eficiência, com qualidade e segurança e de baixo custo” (Lemos, Alves, Regalado, Soares, 2005).

A Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória realizou um estudo sobre o tipo de CA praticado em 2003 e sua evolução, em 80 hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Este estudo permitiu perceber, que em apenas 2 anos (2001-2003) houve um avanço considerável possibilitando uma aproximação a valores obtidos noutros países.

A nível internacional, é curioso perceber que hospitais que tem forte tradição de programas de CA, tal como Inglaterra (34%) ser pouco superior ao registado em Portugal (28.8%). Por outro lado, existem fortes discrepâncias entre França e Holanda, com 10 e 14% e Alemanha e Suécia, com 99% e 92% respectivamente. (Lemos, Alves, Regalado, Soares, 2005)

De acordo com Lemos, Alves, Regalado & Soares (2005) foi realizado um estudo entre 2001-2003 em que foram abrangidos 80 hospitais de Portugal (incluindo ilhas) em que a reparação de Hérnia Inguinal foi a segunda cirurgia mais realizada em regime de ambulatório.

Foram descritas como vantagens da CA: um tratamento mais personalizado, um rápido regresso a casa sem necessidade de interrupção da medicação habitual, uma convalescença em ambiente familiar, um menor risco de infecção hospitalar; um menor risco de desorientação do doente idoso; e um menor grau de ansiedade, sobretudo em crianças (Mendonça, Leitão, Pereira, Reis, Lopes, 2010).

Os idosos toleram bem o trauma cirúrgico, quando os seus distúrbios orgânicos estão bem controlados (Petroianu, 2008), no entanto a assistência ao utente idoso em situação cirúrgica, difere da atenção que recebem outros grupos etários. Não nos podemos esquecer, que as mudanças decorrentes do processo de envelhecimento e presença de doenças associadas podem comprometer o equilíbrio funcional e aumentar a vulnerabilidade dos idosos em apresentar complicações pós-operatórias. Boehnlein & Marek (2003^b) reforçam

este pensamento ao afirmar que também a duração da cirurgia associada aos factores anteriormente mencionados poderão influenciar a capacidade do idoso em suportar a cirurgia.

Os maiores riscos decorrem de complicações operatórias e de procedimentos de emergência, cuja mortalidade pode alcançar os 35%. Apesar de pessoas com mais de 70 anos serem submetidas a um número maior de operações programadas e evoluírem com mais adversidades do que as mais jovens, a mortalidade pós-operatória aumenta somente após os 80 anos (Petroianu & Pimenta 1999).

Por seu lado, Nunes (1998), refere que uma cirurgia de urgência é caracterizada pelo risco de morte que permanece alto, em torno de 20%. Entre os vários factores que contribuem para o risco de morte, o abdómen agudo é um dos mais graves tornando, ainda mais difícil a evolução e o prognóstico.

Um outro aspecto a ter em consideração é o tempo da cirurgia. Adkins e Scott (1984) citado Saenger, Menezes, Consoni, Hekman (2005), por consideram que cirurgias que ultrapassam as duas horas possuem a mesma gravidade que os procedimentos de emergência.

Salienta-se ainda que para o idoso não basta a resolução do problema que o levou à cirurgia, mas o mesmo deseja receber alta, minimamente nas mesmas condições que possuía antes da patologia que o levou ao Hospital.

1.4. Hérnias em Idosos

Vários autores estão de acordo ao afirmar que a herniorrafia é um procedimento cirúrgico largamente realizado após os 65 anos (Pitrez, Pioner, Lemche, Irigaray, Nunes e Silva, 1999) compreendendo cerca de 20% das cirurgias e comprometendo cerca de 15% dos internamentos nos idosos. O tratamento de hérnias tem como objectivos primordiais: diminuir o risco de complicações operatórias, minimizar as recidivas e permitir o regresso o mais precoce possível do doente às suas actividades de vida diária. (Laurino Neto, Buchmann, Messias, 2004)

A Hérnia Inguinal é uma das patologias cirúrgicas mais frequentes em todo o mundo.

Podemos referir que uma hérnia é uma protusão anormal de um saco revestido pelo peritoneu através da cobertura musculo-aponevrótica do abdómen, ou seja a fraqueza da parede abdominal resulta uma incapacidade em reter o conteúdo visceral da cavidade abdominal dentro dos seus limites normais. Esta situação pode ser congénita ou adquirida. (Sloan, 2007)

Pode desenvolver-se uma situação de encarceramento, quando o conteúdo do saco herniário fica aprisionado no saco extra-abdominal. Os utentes com hérnias encarceradas podem desenvolver sinais de obstrução intestinal, nomeadamente, vómitos, dor e distensão abdominal. Uma hérnia encarcerada pode tornar-se estrangulada, quando ocorre supressão sanguínea do conteúdo aprisionado no saco.

Com o estrangulamento, o conteúdo do saco sofre necrose, podendo levar a uma situação de ressecção da parte do intestino afectada.

Hérnia Inguinal: Aparece na dobra da virilha ou no escroto. Elevada prevalência entre os homens. Existem dois tipos, directos e indirectos, dependendo exactamente onde ocorre a hérnia. Os mecanismos etiológicos estão relacionados com a fragilidade da parede abdominal e o aumento da pressão abdominal (esforços ou actividades vigorosas). Estão descritos como principais factores de risco a tosse em pacientes tabagistas ou com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), a história familiar e a obstipação intestinal. Cerca de 75% de todas as hérnias ocorrem na região inguinal. (Minossi, Lázaro da Silva, Spadella, 2008)

Hérnia Umbilical: Ocorre em torno do umbigo. Mais frequente em bebés. Alguns adultos têm uma hérnia umbilical por causa da obesidade, gravidez ou excesso de líquido no abdómen, ocorre em cerca de 4% segundo Pitrez *et al* (1999).

Hérnia Femoral: Uma hérnia pode desenvolver-se logo abaixo da dobra da virilha no meio da coxa, onde a artéria e a veia femoral vão deixar o abdómen para entrar na perna. Este tipo de hérnia é mais comum entre as mulheres e representam, apenas 3%. (Minossi, Lázaro da Silva, Spadella, 2008)

Hérnia Incisional: Por vezes, uma hérnia forma-se através de uma incisão cirúrgica na parede abdominal. Este tipo de hérnia pode desenvolver-se muitos anos após a cirurgia. E para Minossi, Lázaro da Silva, Spadella (2008) representam, aproximadamente, 10% de todas as hérnias.

As hérnias têm uma etiologia multifactorial, podendo o seu desenvolvimento estar relacionado com distúrbios no metabolismo do colagénio e pressão intra-abdominal, esta provocada por situações de retenção urinária, obstipação, tosse, etc. (Pitrez, Pioner, Lemche, Irigaray, Nunes e Silva, 1999).

Todas anestésias comportam riscos, pelo que previamente há que fazer uma consulta de avaliação da condição física do utente. Para tal utiliza-se um formulário determinado pela *American Society of Anesthesiologists* (ASA). O tipo de anestesia é fixado pelo anestesista em concordância com o cirurgião, tendo em conta a vontade do doente, a idade, as características do doente quanto a co-morbilidades e medicação de ambulatório, estado emocional, e o tipo e duração da cirurgia (Boehnlein & Marek, 2003^a).

Na *Anestesia Geral* utilizam-se drogas e agentes inalantes para provocar a depressão do SNC, com o objectivo de provocar inconsciência. Este tipo de anestesia é caracterizado por amnésia, analgesia, depressão dos reflexos, relaxamento muscular e homeostasia. A função ventilatória é frequentemente prejudicada, pelo que há a necessidade de manter a permeabilização da via aérea por meios artificiais (DeLamar, 2008). Este tipo de anestesia está associado a potenciais complicações, tais como vômitos, respiração espontânea mais lenta.

A *Anestesia regional* provoca a perda sensorial reversível após a administração de anestésicos locais numa área ou região específica do corpo. As técnicas mais comuns são: bloqueios espinais, epidurais caudais e dos principais nervos periféricos (DeLamar,

2008). Não provoca estado de inconsciência, motivo pela qual é muitas vezes recusada pelos doentes. Tem menos efeitos adversos que a anestesia geral, no entanto, pode provocar náuseas, vômitos e cefaleias (uma das queixas mais comuns da anestesia epidural).

A *Sedação* é muitas vezes utilizada em cirurgias de ambulatório. É conseguida através da administração de medicamentos que reduzam a dor e provoquem amnésia, permitindo ao doente manter respiração espontânea.

A *Anestesia local* permite a perda de sensibilidade em determinada área a abordar, através da administração de um agente anestésico.

Os doentes geriátricos podem receber anestesia geral, regional, sedação, e anestesia local. Existem no entanto estudos, que referem que os idosos, que recebem anestesia local, têm melhor prognóstico do que os que recebem anestesia geral ou regional (Boehnlein & Marek, 2003^a) por maior risco de disfunção mental no pós-operatório. No entanto, outros estudos corroboram esta teoria, ao afirmar que a anestesia geral não apresenta mais risco do que a regional, para a função cognitiva. (Aquino, Souza, Argimon, Santos, 2004)

Neumayer *et al.* (2004) publicou um estudo prospectivo em Abril de 2004 (VA Medical Center) em que, em comparava a correcção cirúrgica de hérnia inguinal por via laparoscópica e por laparotomia. Concluiu que as reparações por via laparoscópica apresentavam maior taxa de recorrência.

Napier *et al* (2008) refere que em muitos estudos, a recidiva de hérnia ocorre em meses quando por laparoscópica, em oposição à via aberta (laparotomia) em que a recorrência pode não surgir durante anos.

Para Pitrez *et al* (1999) o risco de recidivas de hérnias, tem-se mantido elevado, entre 3-20%, mesmo com os avanços da tecnologia e com as novas técnicas, como a utilização de vídeo-laparoscopia.

1.5. Factores de Risco

Kane, Kane & Arnold (1985) entendem que "Factor de Risco" é um termo que tem sido utilizado na literatura para sinalizar uma característica que identifica um indivíduo como tendo uma maior probabilidade de desenvolver uma determinada condição.

Maia, Duarte, Lebrão & Santos (2006) mencionam que os factores de risco podem ser definidos como as condições que predisõem um maior risco de desenvolver certo evento relacionado à saúde, após determinado tempo. Os factores de risco passíveis de mudança e/ou tratamento são, portanto, de grande interesse e a promoção de medidas preventivas constituindo um aspecto central para a manutenção e recuperação da saúde do idoso (Maia *et al*, 2006).

Deste modo, factores podem ser de dois tipos: mutável (hábitos pessoais, peso corporal) e imutável (por exemplo, características demográficas e genéticas tais como idade, sexo e história familiar). Este aspecto é visível, quando se fala do peso: peso pode ser alterável em qualquer idade, mas os efeitos da obesidade sobre o risco da doença pode ser imutável em determinado ponto. São vários os factores de risco que podem levar a formação de hérnias da parede abdominal e são vários os autores que comprovam esse facto.

Segundo Sloan (2007), os factores que contribuem para o aparecimento de hérnias incluem idade, sexo, cirurgia anterior, obesidade, estado de nutrição, doença pulmonar e cardíaca. Para Marek & Boehnlein (2003), em termos cirúrgicos, os doentes com maior risco são, os fumadores, os obesos, os idosos, os doentes que sofrem de doença pulmonar crónica e os que vão ser submetidos a cirurgia abdominal superior ou torácica.

Marek & Boehnlein (2003) declaram, que um doente com 65 e mais anos tem um risco cirúrgico superior ao de um indivíduo mais novo. E que o risco cirúrgico vai aumentado com a idade, ou seja, indivíduos com menos de 65 anos detêm uma taxa de mortalidade inferior a 1%, idades compreendidas entre 65 e 80 anos têm 5-10% e mais de 80 anos 10%.

A história familiar é uma condição para o desenvolvimento das hérnias inguinais, bem como sua recidiva. Jansen, Klinge, Jansen & Junge (2009) confirmam esta situação, ao proferir que os factores genéticos têm um papel de marcante na manifestação da doença.

Por outro lado, a prevalência de doenças crónicas é outro factor de risco. No sentido em que se manifesta imenso entre os idosos e afecta a qualidade de vida, do próprio e dos que lhe estão próximos. As doenças crónicas e o próprio envelhecimento levam a uma perda de elasticidade dos tecidos e consequentemente ao aparecimento de hérnias. No entanto, Marek & Boehnlein (2003) contrapõem esta afirmação, ao referirem que uma ou mais doenças crónicas não aumenta, necessariamente, o risco cirúrgico.

Por doença crónica Lubkin menciona (1995) “presença irreversível, acumulação ou latência de estados de doença ou deficiência que envolvem o meio ambiente total dos seres humanos para os cuidados de apoio e auto-cuidado, manutenção da função e prevenção de incapacidades”. Para OMS (2002^b) a cronicidade da doença baseia-se em ser “doença de duração longa e de progressão lenta”, ou seja, é uma doença permanente que provoca incapacitação ou alterações patológicas irreversíveis e que requer um longo período de cuidados. Apesar de não originar risco de vida imediato, acarreta uma sobrecarga substancial para a saúde, e provocando um impacto económico e deteriorando a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades.

Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado com as doenças, as doenças crónico-degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos. Assim, a tendência actual é termos um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, apresentam maiores condições à multiplicidade e cronicidade das doenças. Entre as principais doenças que atingem os idosos encontram-se a artrite, a doença cardíaca, a hipertensão e a diabetes, esta última de acordo com Marek & Boehnlein (2003) potencia demora na cicatrização da incisão e risco de infecção. Num estudo de coorte de 2009 em Portugal (Santos *et al*, 2009) foram detectadas que as comorbilidades mais frequentes entre as quatro doenças crónicas, nos anos de 2003 e 2007, foram a hipertensão com a diabetes, e a hipertensão com a doença cardíaca isquémica.

Em Portugal em termos de morbilidade, no grupo etário dos 65 – 74 anos, prevalecem as perturbações cerebrovasculares, enquanto no grupo com idade igual ou superior a 75 anos para além das cerebrovasculares, prevalecem igualmente a pneumonia e a insuficiência cardíaca (DGS, 2005). As doenças crónicas neurodegenerativas são muito vulgares na população idosa: a demência aumenta de 1% aos 65 anos, para 30% aos 85 anos de idade e a doença de Parkinson tem uma prevalência de 0,6% aos 65 anos, e acresce para 3,5% aos 85 e mais anos, sendo uma das doenças crónicas mais comuns (DGS, 2004).

As principais causas de morte nos idosos portugueses, de 2002 a 2006, estão relacionadas com doenças do aparelho circulatório (32.2%), nomeadamente doenças cerebrovasculares (14.2%) e cardiopatias isquémicas (7.5%) (mulheres e idades mais avançadas, 42% a partir dos 65 anos, além de Tumores/Neoplasias (21,7%). (Carrilho & Patrício, 2005).

Na população portuguesa é possível encontrar uma elevada prevalência dos factores de risco associados as doenças cardiovasculares, nomeadamente o tabagismo a hipertensão arterial, a dislipidémia e o sedentarismo (DGS, 2006).

O sistema de saúde está, essencialmente, vocacionado para o tratamento de doenças agudas, pelo que em situação de doença crónica um indivíduo vê a sua auto-estima ameaçada, pelas expectativas iniciais, no sentido da cura, “mas isso não significa que as pessoas doentes permaneçam perturbadas e não tenham bem-estar psicológico” (Helgeson & Mickelson, 2000). No entanto situações de *stress* psicológico ou fisiológico podem causar mais reacções pronunciadas no idoso e requerer mais tempo de readaptação.

Para os países industrializados, onde a longevidade é superior, idosos particularmente os mais idosos, são mais propensos a sofrer de uma ou mais doenças crónicas ou deficiências funcionais. E consequentemente a situação torna-se delicada. A necessidade de cuidados de saúde é grande, e o aparecimento de novas tecnologias, vem encarecer e tornar mais dispendiosos, esses cuidados. Assim, torna-se indispensável que a maioria das pessoas portadoras de danos crónicos possam manter a sua independência e aprender a “viver com, ao invés de morrerem de”, ou seja aprenderem a viver com as suas doenças.

As doenças crónicas implicam uma grande aprendizagem do doente, para lidar com os sintomas no dia-a-dia com a doença percebida e com as implicações nas relações sociais, mas também controlo da medicação, da dieta, etc.

Em consequência da simultaneidade de várias doenças crónicas presentes nas pessoas idosas, e o maior acesso a farmácias, estes factos impulsionam um maior consumo de medicamentos, mais do que nos jovens quer prescritos quer não prescritos. (Frazier, 2005; OMS, 2005; Willians, 2002).

Assim surge a problemática da polimedicação, situação usual entre os idosos. Segundo Henriques (2006) os idosos consomem mais medicamentos que os jovens.

A não existência de consenso relativamente à definição de polimedicação leva a que uns autores a definam como uso de vários medicamentos ao mesmo tempo (Cameron, 2001; Weaver et al, 2005); Enquanto, outros autores descrevem como consumo simultâneo de mais de cinco medicamentos (Frazier, 2005; Willians, 2002).

Henriques (2006) revela ainda que 80% dos idosos tomam 1 medicamento por semana. Por outro lado, 4-10% não tomam qualquer medicação. No entanto, 20-30% dos idosos tomam mais de 5 medicamentos por semana e cerca de 12% desta população, mais de 10 medicamentos diferentes. Associado à enorme quantidade de fármacos consumidos, as alterações fisiológicas da idade e o uso de vários prescritores, potenciam o risco de reacções adversas (Delafuente, 2003) Os efeitos adversos são mais frequentes nos idosos, devido diminuição da capacidade funcional dos órgãos, em particular do rim e do fígado, entre outras causas.

Fialová *et al.* (2005) menciona ainda a existência de fármacos considerados potencialmente inapropriados para os idosos, independentemente de se adequarem às patologias diagnosticadas. Estes, pode vir a interagir com outros e provocar risco de uma reacção adversa (diminuindo ou potenciando o seu efeito), ou mesmo interagir com patologias co-existentes. Por exemplo, o uso de determinados medicamentos, pode afectar a reacção do doente aos anestésicos e a outras drogas no intra-operatório.

Finlayson (1995, citado por Morris 2003) reforça esta ideia ao mencionar que a “má utilização, a dependência e as interacções de drogas resultam, muitas vezes, em perda da função física, mental e social”.

Vários estudos indicam que o risco de interacção entre fármacos aumenta exponencialmente com o número dos mesmos (Aparasu, Mort e Brandt, 2005). Estima-se que essa probabilidade seja de 6% para 2 fármacos, 50% para 5 e quase 100% para 8 ou mais (Delafuente, 2003; Wyles & Rehman, 2005). Também, que à medida que a idade avança, as características metabólicas vão-se alterando, logo o risco de reacções adversas, também aumenta (Straand *et al.*, 2006). Porém, as alterações ocorridas estão sujeitas a uma grande variabilidade de pessoa para pessoa, pelo que o risco benefício, do consumo de medicação, irá depender do estado físico geral do indivíduo (Zhan, 2001).

Também os comportamentos de risco a que os idosos estão sujeitos, nomeadamente o consumo de álcool, pode afectar os resultados do pós-operatório, pelo que o seu despiste no pré-operatório é de extrema importância.

Estudos relatados por Adams (1995, citados por Morris, 2003) explicam que embora o consumo e abuso de álcool diminuam com a idade, 4% dos idosos abusam e 10% são considerados consumidores problemáticos. Pode camuflar outros problemas, tais como depressão, isolamento social, ou ser uma alternativa para dominar insónia ou dor.

Para Read (2004) fumar também é um agente contributivo para formação de hérnia. Os estudos de Read nos anos 60 chamaram a atenção para o enfraquecimento do colagénio.

O fumo ao aumentar o *stress* oxidativo, vai alterar a função dos neutrófilos, a formação e a degradação do colagénio, a função dos fibroblastos e macrófagos. “Durante muitos anos, a redução do oxigénio tecidual foi considerado o principal factor que dificultava a cicatrização; uma vez que a nicotina induz a liberação central e periférica de adrenalina que causa vasoconstrição, com redução do fluxo sanguíneo periférico, reduzindo sua concentração no sangue arterial com repercussão nos tecidos” (Leme & Turatti, 2010).

Estudos clínicos têm demonstrado que os fumadores têm uma maior incidência de deiscência de feridas no pós-operatório, sugerindo que o fumo prejudica o processo de cicatrização.

Um estudo realizado por Sørensen, Hemmingsen, Kirkeby, Kallehave, Jørgensen (2005) na Dinamarca de acompanhamento a 310 utentes laparotomizadas, demonstrou que os fumadores tinham um risco quatro vezes superior de hérnia incisional independentemente de outros factores de risco. Da mesma forma, as hérnias inguinais têm maior probabilidade de recorrência vários anos após correcção de hérnia em fumadores comparativamente aos não-fumadores.

1.6. Complicações no Pós-operatório

Segundo o *Medical Dictionary* (2004), complicações operatórias são eventos que se desenvolvem após um procedimento, tratamento ou doença. Estão ligadas directa ou indirectamente aos procedimentos (risco de procedimentos), tratamentos (efeitos colaterais ou toxicidade) ou doenças.

Para Petronianu (2008), os maiores riscos provem de complicações operatórias e de procedimentos de emergência, cuja mortalidade pode alcançar 35 %, enquanto apenas 8 % dos idosos morrem após tratamentos cirúrgicos electivos.

Halbrecht, Garrison e Fry (1981) citado por Saenger, Menezes, Consoni, Hekman (2005) referem que o idoso deve ser acompanhado com atenção no pós-operatório, mesmo em procedimentos cirúrgicos relativamente simples, pela possibilidade de surgirem insuficiências orgânicas não esperadas ou possíveis, como por exemplo, uma hemorragia acentuada no pós-operatório, deiscência da anastomose ou de infecção que podem levá-lo à morte pelo comprometimento de órgãos vitais.

As principais complicações empiricamente observadas no pós-operatório do idoso são as pulmonares, cardiovasculares e infecciosas, sendo o falecimento resultante da conjugação destas, levando à insuficiência de múltiplos órgãos. Marek & Boehnlein (2003) concordam com este facto ao assumir que o aumento da incidência da mortalidade e das complicações no pós-operatório está relacionado com a doença cardíaca, sepsis, complicações pulmonares e insuficiência renal. Às complicações citadas acrescentam-se as comentadas por Petroianu & Pimenta (1999): a deiscência de ferida operatória, atelectasia e pneumonia, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, queda da função renal e hipotermia. As complicações cardiopulmonares são responsáveis por cerca de 60% da mortalidade após a cirurgia de urgência (Nunes, 1998). A hipertensão arterial é uma complicação comum.

É importante mencionar que a taxa de mortalidade relacionada com a anestesia é baixa, cerca de 0.01% para pessoas saudáveis, sendo que as complicações mais comuns estão relacionadas com o anestésico utilizado (Marek & Boehnlein 2003).

Na realidade podem surgir situações de laringospasmo, aspiração de conteúdo gástrico ou mesmo paragem respiratória. Outras complicações advêm do tipo de anestesia realizado.

Para Pitrez *et al* (1999) a anestesia geral e os bloqueios estão associados a situações de retenção urinária, arritmias, hipoventilação, hipóxia, hipotensão (Bay-Nielsen & Kehlet, 2008) e morte.

Outro aspecto igualmente importante, prende-se com a anestesia geral, pois o doente geriátrico recupera mais lentamente da anestesia, apresentando estados de maior sonolência. Com o processo de envelhecimento surgem alterações fisiológicas, nomeadamente diminuição das funções hepática e renal, que associado a redução do débito cardíaco, afectam o metabolismo e consequentemente a eliminação dos sedativos e anestésicos (Marek & Boehnlein 2003). Também a hipertensão maligna é vista como uma complicação grave da anestesia geral. É considerada “um defeito genético autossómico dominante do sistema músculo-esquelético, provocado por distúrbio no metabolismo muscular” (Marek & Boehnlein 2003), que pode ocorrer no intra ou no pós-operatório, sendo desencadeada por anestésicos e *stress* extremo.

A ocorrência de cefaleias é comum na anestesia regional, devido há perda de líquido cefalorraquidiano através da dura-máter.

Os doentes geriátricos são mais susceptíveis de terem hipotermia. A hipotermia é determinada pela temperatura corporal menor que 36°C, sendo comum em doentes submetidos a anestesia geral, porque os anestésicos alteram o centro de termorregulação do hipotálamo, inibem os tremores e produzem vasodilatação periférica (De Mattia, Faria Maia, Santos Silva, De Oliveira, 2010). No entanto, também as alterações metabólicas, a diminuição das gorduras subcutâneas, a redução da massa muscular, os factores intra-operatórios alteram a capacidade, do doente idoso produzir e conservar o calor corporal (Marek & Boehnlein 2003).

Entre as condições que podem afectar a recuperação do indivíduo, a dor merece um destaque especial. Dor é um fenómeno muito frequente no pós-operatório e pode resultar em sofrimento e exposição dos doentes a riscos desnecessários.

Com o envelhecimento, a dor assume grande importância devido à sua expressiva prevalência, relacionada não só com maior percentagem de procedimentos cirúrgicos efectuados, mas também devido ao acréscimo de doenças dolorosas. Para Desbiens *et al* (1997 citado in IASP) 45.8% das pessoas idosas internadas em hospitais relatam sentir dor; 19%

relatam dor moderada a intensa e 12.9% estão insatisfeitos com o controle da dor. A dor é muitas das vezes, mais temida que a própria morte.

Com frequência, as pessoas idosas acreditam que a dor é uma consequência inevitável do envelhecimento, à qual se deve resistir sem queixas. Assim sendo, é na maioria das vezes, difícil de ser reconhecida e consequentemente não é tratada.

A presença da dor pode ser negada por medo de procedimentos médicos, perda da autonomia e possível institucionalização e possíveis gastos financeiros. Por outro lado, as queixas de dor podem ser usadas para esconder outras perturbações funcionais. Também, a presença de co-morbilidades como depressão, demência e sequela de acidente vascular cerebral podem dificultar a expressão ou até mesmo, em alguns casos, impossibilitar a comunicação do paciente.

Watt-Watson (2003) aludindo Margo McCaffery (n.d) descreveu a dor como “tudo o que a pessoa que a sente diz que é, existindo onde ela diz que existe”. Deste modo, podemos afirmar que a dor é um fenómeno doloroso e subjectivo, enaltecendo a dificuldade de apreender, definir, explicar ou medir.

Para Melzack & Wall (1996) a dor é “uma experiência altamente pessoal e variável que é influenciada pela cultura, conhecimentos, pelo sentir da situação e outras actividades cognitivas”.

Actualmente, é mundialmente aceite a definição da *International Association for the Study of Pain*, desde 1979 em que a dor é descrita como “uma experiência individual, sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual actual ou potencial, ou descrita em termos desse dano.” (IASP, 1994). Assim, a dor compreende não só a percepção a um estímulo desconfortável, mas também a resposta á percepção.

A dor tem sempre a componente fisiológica, que se deve valorizar, mas a componente emocional não pode e não deve ser menosprezada ou esquecida. A dor gera ansiedade e perturba uma grande quantidade de pessoas, condicionando o seu desempenho em todas as actividades humanas básicas. A subjectividade desta experiência só pode ser avaliada com maior precisão através do relato de quem a sente. A sensação desagradável da dor é considerada uma experiência individual e subjectiva que pode ser influenciada por “factores perceptivos, cognitivos, emocionais e de comportamento” (Carvalho, 1999), tais como medo, raiva, ansiedade, depressão, aprendizagem, experiências anteriores, crenças,

atitudes, conhecimento, significado simbólico da dor, e possíveis ganhos secundários de ordem económica, social e afectiva (Pimenta & Portnoi, 1999). Esta definição, enfatiza a dor como fenómeno complexo e multidimensional.

Um estudo de Zallon (1993) comparou a intensidade da dor pós-operatória em doentes com idades entre 19-83 anos, julgada pelos próprios e por enfermeiros e concluiu que os profissionais de enfermagem subestimaram dores intensas em 45.5% dos casos e sobrestimaram as dores leves em 20% dos casos. Na Alemanha, Gross *et al* (2002, citado por Sloman, Rosen, Rom & Shir, 2005) num estudo com 110 doentes, concluiu que metade não fora questionada, pelos enfermeiros, sobre a intensidade da dor nas primeiras 24h após a cirurgia. Deste modo, e para combater estas situações, a OMS, em 2002, implementou a avaliação da dor como 5º sinal vital. Em Portugal, esta decisão chegou em 2003, através da circular normativa nº 9 (14/6/2003), da Direcção Geral da Saúde.

Para a DGS (2003) a Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde; O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde.

A dor, se não for prevenida ou tratada precocemente, pode levar ao aumento significativo da morbilidade e mortalidade dos indivíduos. As principais consequências da dor são: modificações do comportamento, o que gera ansiedade, angústia e depressão; hipertensão e taquicardia, com a elevação do risco de eventos nos doentes cardíacos; complicações respiratórias, em especial, nas patologias toraco-abdominais; e incapacitação osteomioarticular progressiva (Constant I & Bonnet F, 1993).

A maior incidência de doenças crónicas na população de idade avançada, torna a dor, num grave problema de saúde na Europa. Enquanto a dor crónica é vista como uma doença em si, a dor aguda é identificada como um sintoma de lesão ou de doença. (EFIC's Declaration, 2001, citado in IASP).

Distingue-se, assim dor aguda de dor crónica. Dor aguda pode ser definida como um sinal de aviso à integridade do organismo, de curta duração, no sentido deste se mobilizar e defender das agressões. Tem um início bem definido e, geralmente, desaparece após a eliminação do agente causal. Está associada a sinais físicos objectivos e subjectivos. A dor crónica caracteriza-se por ser de difícil identificação temporal e /ou causal. Geral-

mente, persiste por mais de 3 meses a 6 meses de duração, podendo manifestar-se de modo contínuo ou recorrente. Está associada a alterações, significativas da personalidade, estilos de vida e capacidade funcional (Carvalho, 1999; Gonçalves, 1999).

A avaliação da dor aguda difere da dor crónica, embora existam diversos aspectos comuns. Na dor aguda há ênfase nas características e nas repercussões biológicas da dor e no alívio. Na dor crónica são realçados os aspectos Psico-Sócio-Culturais como estado emocional, personalidade do doente, situação e satisfação com o trabalho, aspectos da história familiar relacionados à expressão e manejo da dor (atitudes, crenças, valores e os modos do doente e de sua família). Vários autores criticam a inutilidade da divisão da dor em aguda e crónica. Concluíram que esse processo é dinâmico e contínuo; em algum momento, uma pessoa susceptível, pode capaz de induzir mudanças neuronais (plasticidade), resultando em processamento alterado da nocicepção, (“sensação desagradável”), que pode ser o responsável pela persistência da dor (Colvin, 2001).

No nosso organismo existem vários tipos de terminações nervosas que quando estimuladas produzem dor. A essas terminações nervosas dá-se o nome de nociceptores. Segundo Fein (2011), os nociceptores, quando submetidos a um estímulo que pode ser mecânico, térmico, químico ou eléctrico vão informar o cérebro, através das fibras nervosas aferentes, acerca do tipo de dor, localização intensidade e duração. Deste modo a influência de estímulos pode diferir de pessoa para pessoa, provocando sensações diferentes, consoante o limiar de dor de cada indivíduo. Os adultos mais idosos têm uma sensibilidade mais reduzida a estímulos nocivos, contudo, isto não significa que quando a dor está presente, eles a sintam de modo menos intenso. Gagliese & Melzack (1997) mencionam que, quando pessoas mais idosas relatam a existência de dor, é provável que estejam a ser submetidas a níveis mais elevados de dor por alguma patologia subjacente, do que pessoas mais jovens, que relatam o mesmo nível de dor.

O alívio da dor é um direito de qualquer cidadão e, no caso dos doentes submetidos a cirurgia, pela evidente razão da agressão cirúrgica, nada é tão previsível como a necessidade de uma segura e eficaz actuação no controlo da dor, para melhorar a integração do doente no seu meio, após um período de institucionalização.

Gibson (2006) num estudo sobre “*Older Peoples Pain*” menciona que a prevalência da dor aumenta com o avançar da idade até, pelo menos à década de setenta. Os sintomas álgicos não identificados e não tratados podem ser lamentáveis, afectando o nível funcio-

nal, a independência e a qualidade de vida dos idosos. A dor não atinge unicamente um órgão, perturba as actividades, diminui a concentração intelectual, transforma o psíquico, provoca *stress* no grupo familiar e empobrece as relações sociais.

Num estudo em doentes cirúrgicos, Morrison *et al* (2003, citado in IASP, 2001) verificou que dor intensa ou analgésica pós-cirúrgica inadequada pode levar a um grau de confusão mental, recuperação mais lenta e à dificuldade de realização de exercícios.

Bassanezi & Filho (2006) referem que num estudo realizado no Hospital das Clínicas de São Paulo, somente 20% dos pacientes apresentavam controlo adequado da dor nas primeiras 24 horas de pós-operatório e 50% deles apresentavam intensa dor nas 48 horas iniciais. Um outro estudo realizado nos Estados Unidos com 500 pacientes operados, relatam 77% deles apresentavam dor pós-operatória, sendo que em 80% dos casos a dor era classificada como moderada a intensa.

São vários os instrumentos a utilizar na avaliação da dor, entre os quais se destacam os parâmetros fisiológicos (alteração dos mesmos), a expressão corporal, os métodos não-verbais (mensuração do comportamento e instrumentos de observação) as escalas de dor (mais utilizadas) e os questionários (Questionário de MCcggill, - MPG, Wisconsin Brief Pain Questionnaire).

Acerca da mensuração da dor aguda, mais concretamente no pós-operatório, vários estudos têm sido realizados, com a utilização de escalas no sentido de dar a conhecer a sua intensidade e consequente alívio obtido por diferentes técnicas analgésicas.

Com dois instrumentos diferentes (escala verbal de 5 pontos e escala de VAS de 10 cm) Jacob *et al* (1986) cit por Pereira, Sousa, (1998) propôs-se a avaliar a intensidade da dor em doentes com idades entre 18-65 anos visando identificar a acção dos analgésicos injectáveis num estudo duplo-cego e multicêntrico. Concluiu que houve nítida diminuição da intensidade da dor com o uso de analgésicos o que não ocorreu com os placebo. Primavesi (1986) estudou o alívio da dor proporcionado pela morfina epidural, aplicado a doentes submetidos a cirurgias ginecológicas, abdominais e protológicas. Também Broadman, Ririce, Hannallah (1988) constatou haver um declínio da dor em doentes cirúrgicos quando submetidos a terapêutica analgésica.

O controlo da dor no pós-operatório envolve não só métodos farmacológicos, como terapêutica com analgésicos, anti-inflamatórios não esteróides e opiáceos, mas também

outras intervenções, tais como técnicas de relaxamento, posicionamento, distração e imaginação dirigida; uso de agentes físicos como massagens, aplicação de calor ou frio e electro-analgesia através da Estimulação Eléctrica Transcutânea (TENS). Concomitantemente, pode também envolver o uso de tecnologia sofisticada como cateteres e sistemas para a analgesia controlada pelo paciente. (Pimenta, Santos, Chaves, Martins, Gutierrez, 2001).

De acordo com Santos (2003) a reacção a uma dor difere entre as pessoas e na mesma pessoa, difere conforme o momento. Portanto, para uma avaliação mais fiável, é de importância vital que o profissional de saúde tenha em conta todo um conjunto de variáveis e características individuais, tais como: a idade, sexo, raça, etnia, religião, valores pessoais, experiências anteriores de dor, educação, meio social, patologias associadas. Nos idosos é de extrema importância conhecer os antecedentes pessoais e medicação que fazem em casa. Conjuntamente, factores culturais e psicológicos como ansiedade, depressão, medo, entre outros, a extensão do trauma durante a intervenção cirúrgica, a habilidade técnica do cirurgião, as doenças prévias, o local e do tipo da incisão influenciam a dor no pós-operatório (Vila & Mussi, 2001), e como tal, tornam o ser único, tal como a sua dor.

A avaliação da Dor é um processo fundamental. O adequado tratamento da dor no pós-operatório não é apenas uma questão fisiopatológica, mas também, uma questão ética e económica. Um melhor controlo da dor evita sofrimento desnecessário dos pacientes cirúrgicos, com diminuição da morbilidade/mortalidade, permite a realização de fisioterapia e deambulação precoces e diminui o *stress* físico e psicológico destes pacientes, reduzindo os custos relacionados a possíveis complicações, que determinam maiores períodos de internamento. (Pimenta, 2001).

1.7. Objectivo Geral

Caracterizar idosos submetidos a Correção Cirúrgica de Hérnias da parede Abdominal e complicações ocorridas.

1.8. Objectivos Específicos

No doente idoso submetido a Correção cirurgica de Hernia da Parede Abdominal:

- Caracterizar em termos demográficos e de saúde;
- Identificar os factores de risco mais frequentes no período pré-operatório;
- Identificar as complicações mais frequentes no período pós-operatório imediato;
- Avaliar a intensidade da Dor;

2. Metodologia

2.1. Tipo de estudo

Estudo exploratório descritivo, documental e retrospectivo, com abordagem quantitativa.

Trata-se de um estudo descritivo, que segundo, Tomasi e Yamamoto (1999), se observa, regista, analisa e correlacionam factos e fenómenos sem que haja interferência do pesquisador, procurando descobrir a frequência com que o fenómeno ocorre. O estudo tem carácter retrospectivo e documental.

Nessa perspectiva, a pesquisa retrospectiva traduz-se num acontecimento actual que se inter-relaciona com os factores que tenham tido a sua causa no passado, ou seja, um fenómeno do presente associado a um fenómeno acontecido no passado (Polit, Beck, Hungler, 2004). Na pesquisa documental utilizam-se documentos originais que não foram submetidos a tratamento analítico por autor algum, não sendo confundido com a pesquisa bibliográfica (GIL, 1999).

2.2. População

O estudo foi realizado no Hospital Pulido Valente, que pertence ao Centro Hospitalar Lisboa Norte, em conjunto com o Hospital de Santa Maria. O estudo em questão reporta-se ao ano de 2009 e incidiu sobre os utentes idosos submetidos a Correção Cirúrgica de Hérnias da Parede Abdominal.

No ano de 2009, foram realizadas 1888 cirurgias na especialidade de Cirurgia Geral e Digestiva, sendo 675 cirurgias a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, compreendendo diversos procedimentos cirúrgicos: colecistectomia, gastrectomia, enterectomia, hernioplastia, etc. Relativamente, à Intervenção Cirúrgica a Hérnias da Parede Abdominal, foram assinaladas 200 utentes. Ressalva-se que destes, nem todos eram utentes do Hospital Pulido Valente, mas sim do Hospital de Santa Maria e nem todos os internamentos culminaram com a realização de procedimentos cirúrgicos, por complicações motivadas por co-morbilidades associadas. Similarmente, neste valor absoluto também se incluem reinternamentos do mesmo paciente em momentos diferentes, para tratamento de

complicações relacionadas com a patologia primária, doenças crónicas ou complicações de procedimento cirúrgico em momentos anteriores.

Após a intervenção cirúrgica, todos os utentes a excepção das pessoas submetidas a procedimentos que envolvam anestesia local, passam pelo serviço de UCAPO (Unidade de Cuidados Anestésicos Pós-Operatórios), no sentido de efectuarem recuperação pós-operatória. Este serviço é essencial para estabilização do utente: é frequente a ocorrência de períodos de instabilidade hemodinâmica, principalmente relacionada com pressão arterial e frequência cardíaca onde factores como a indução anestésica, ventilação mecânica, o uso de drogas, a dor, o *stress* físico e emocional podem ocasionar alterações que necessitam de intervenção imediata. É um serviço em que a vigilância e uma actuação eficaz são factores primordiais. De acordo com o que diariamente sucede na UCAPO, Nocite (1987) assume o período de recuperação pós-anestésica como caracterizado por alterações fisiológicas que são, basicamente, inconsciência e depressão cardiorespiratória no utente que recebeu anestesia geral, e ausência de sensações e tono simpático naquele que recebeu anestesia regional.

Na altura do estudo, o serviço era composto por 10 camas, pelo que diariamente diversos utentes, entre 14 a 20, passavam pelas mesmas. Em caso de grandes cirurgias, o utente poderia acordar ao seu ritmo, dada existência de 3 ventiladores, cuja utilização poderia ser efectuada em simultâneo. Esta Unidade tem como particularidade o facto de funcionar 24h por dia, pelo que muitas vezes os utentes passam a noite no serviço, por necessidade, ou seja, por não estarem hemodinamicamente estáveis para voltarem para enfermaria, ou mesmo por falta de vaga.

2.3. Amostra

Amostra não probabilística, por conveniência.

Tem como objectivo obter uma amostra de elementos convenientes. Neste caso específico, a totalidade dos idosos intervencionados a determinada cirurgia, num dado período de tempo.

A amostra utilizada foi de 164 utentes, com 65 anos ou mais, submetidos a Correção Cirúrgica de Hérnias da Parede abdominal, do Hospital de Pulido Valente.

Os registos dos processos clínicos da população de idosos foram submetidos aos seguintes critérios de inclusão no estudo:

- Ambos os sexos;
- Possuir idade igual ou superior a sessenta e cinco anos, completos até o dia da realização da cirurgia;
- Ter sido submetido a Correção Cirúrgica de Hérnia da parede Abdominal no Hospital Pulido Valente;
- Ter sido internado no período de 01 de Janeiro de 2009 a 31 de Dezembro de 2009;

2.4. Variáveis

2.4.1. Variáveis Independentes

Factores de risco no período Pré-Operatório:

- Características demográficas – sexo (M/F), idade;
- Morbilidade – patologias diagnosticadas, medicação habitual
- Dor – Registo presença (S/N)
- Orientação (S/N)
- Hábitos – Tabagismo (S/N) e Etilismo (S/N)
- Pré-medicação

Fatores de risco no período Intra-Operatório:

- **Medicação intra-operatória:**
 - Anestesia: tipo (geral, loco-regional, sedação);
 - Outra medicação
- **Cirurgia:**
 - Duração;
 - Carácter (electiva, urgência);
 - Localização (inguinal, incisional, umbilical, outra)

2.4.2. Variáveis Dependentes

Complicações no período Pós-operatorio Imediato:

- **Sinais Vitais:**
 - Bradicardia/ Taquicardia
 - Hipotermia/ Hipertermia
 - Hipotensão/Hipertensão
 - Bradipneia/Taquipneia
 - Dor (S/N)
- **Complicações:**
 - Cardiovasculares – Arritmia;
 - Respiratórias: saturações de O₂ <90% com ar ambiente (S/N);
 - Gastrointestinais: vômitos (S/N), náuseas (S/N), distensão abdominal (S/N);
 - Estado de consciência (S/N);
 - Alteração Comportamento - ansiedade, agitação, confusão;
 - Cutâneas e tegumentares - Deiscência (S/N), Edema (S/N);
 - Hemorrágicas – Hematoma (S/N), Hemorragia (S/N);
 - Urinária – Retenção Urinária;
 - Presença de Dor – Ligeira, Moderada, Intensa;

Vulnerabilidade Cirúrgica Imediata:

Neste trabalho é definida como, numa abordagem dicotómica, uma manifestação desfavorável dos sinais vitais: registo de Frequência Cardíaca (FC) - bradicardia/taquicardia; registo de Pressão Arterial (PA) - hipotensão/hipertensão; Registo de Temperatura - hipotermia/hipertermia; Saturação de Oxigénio Periférica inferior a 90% e Dor; durante o período em que o indivíduo se encontrou no recobro.

Medicação no pós-operatório

Horas de Internamento.

2.5. Colheita de Dados

O processo de colheita de dados tem como finalidade recolher informação de forma sistemática com o auxílio de um instrumento definido para esse fim. (Fortin,1999) Assim, após pesquisa bibliográfica, tendo em conta o objecto e os objectivos deste estudo, foi efectuada análise documental através de recolha e organização de dados. A técnica da Análise Documental caracteriza-se por ser um processo dinâmico ao permitir representar o conteúdo de um documento de uma forma distinta da original, gerando assim um novo documento. (Peña Vera & Morilla, 2007)

Para tal, foi criado um instrumento de colheita de dados que pode ser definido como um formulário em que o pesquisador formula questões previamente elaboradas e anota as respostas (Gil, 1999) de forma arrumar a informação recolhida para posterior Análise Estatística. Segundo Fortin (1999), a Análise Estatística permite resumir a informação numérica de uma forma estruturada, a fim de obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra. Por outro lado, permite através de teste estatísticos determinar se as relações observadas entre certas variáveis numa amostra são generalizáveis à população de onde esta foi retirada.

Os dados foram recolhidos dos processos clínicos de 200 idosos que constavam da lista de internamentos no período amostral de 01 de Janeiro de 2009 a 31 de Dezembro de 2009. O tempo de pesquisa decorreu de 01 de Março a 31 de Agosto de 2010. Após

selecção dos pacientes internados no período amostral procedeu-se a exclusão dos internamentos em duplicado ou cujo desfecho não culminou em procedimento cirúrgico.

A recolha de dados foi efectuada por meio de instrumento com questões fechadas elaborado pela própria investigadora (Apêndice I) e registados no próprio documento. Este instrumento, conforme sugestão da Orientadora do Projecto, foi submetido à avaliação de dois enfermeiros especialistas em Médico-Cirúrgica, que orientaram modificações no instrumento.

As sugestões foram adoptadas e deram origem ao instrumento oficial, com o qual foi aplicado estudo piloto no serviço de UCAPO. A testagem apontou para a necessidade de uma readaptação do instrumento, no que concerne à inclusão de novas categorias de comorbilidades, medicação em ambulatório e complicações cirúrgicas.

O instrumento utilizado é (Apêndice I) composto por perguntas maioritariamente fechadas com dados de caracterização demográfica e clínica dos participantes, dados relativos à cirurgia (duração, tipo e a cirurgia efectuada), sobre a anestesia (tipo), medicação efectuada no intra-operatório e complicações que se vieram a verificar após a cirurgia.

O processo de colheita de informações, através da pesquisa nos processos clínicos foi minucioso, moroso e obedeceu à sequência estabelecida pelo instrumento de recolha de dados. A informação a obter encontrava-se dispersa por todo o processo clínico, pelo que houve necessidade de perscrutar notas de enfermagem e folhas de avaliação de anestesia que confirmassem a avaliação pré-cirúrgica, notas clínicas que certificassem o diagnóstico, ficha de registo do Bloco Operatório com toda a informação passada no intra-operatório, resumos das notas de enfermagem e médica (notas de continuidade e alta) como forma de perceber o desenvolvimento do internamento e outros documentos.

As complicações cirúrgicas foram classificadas pelos eventos que as caracterizavam conforme preconiza a literatura sobre o tema. Estes eventos foram constituídos de sinais e sintomas registados nos processos clínicos pela equipa de saúde.

2.6. Aspectos Éticos

Para Fortin (1999) é importante proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações.

O estudo obedeceu os princípios éticos da pesquisa com os seres humanos e foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, ao abrigo da Lei 67/98, Lei de Proteção de Dados Pessoais.

A elaboração deste trabalho está assente nos princípios da bioética no que concerne:

- Ao direito anonimato e confidencialidade, a pesquisa nos processos clínicos foi efectuada através do número de processo, como elemento identificativo. No entanto, na transcrição de dados, foi utilizado um numerário aleatório, para identificar os diversos questionários, sem recurso há identificação dos seus intervenientes.
- Não maleficência, onde não será feito nada que cause dano ou problemas para os participantes;
- Beneficência, através do qual o bem estar das pessoas que participam da pesquisa está acima dos interesses da ciência e da sociedade;
- Justiça e equidade, através do qual todas as pessoas podem ser participantes da pesquisa e devem ter acesso aos benefícios dos seus resultados.

2.7. Análise dos Dados/Informações

Para a descrição e caracterização da amostra foram utilizadas medidas de tendência central (médias) e de dispersão (desvio-padrão). Para as variáveis nominais foi utilizada a percentagem.

Os dados originados da pesquisa quantitativa referentes aos prontuários dos idosos hospitalizados foram organizados em um banco de dados com o auxílio do programa *Microsoft Office Excel*.

O tratamento dos dados foi efectuado com recurso à aplicação *SPSS Statistics®* (*Statistical Package for the Social Sciences®*), versão 20.0 para *Microsoft Windows*, fornecido pela Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa/Universidade Nova. A análise da correlação foi realizada pelo teste de Fisher e de Qi Quadrado. Um valor de $p < 0.05$ foi considerado significativo.

3. Resultados

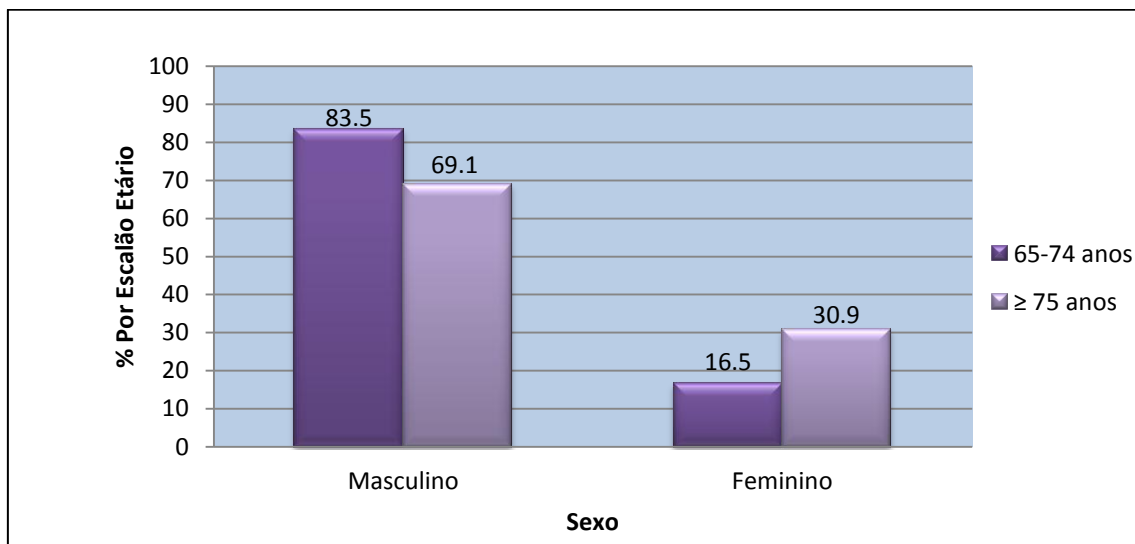
3.1. Pré-Operatório

3.1.1. Caracterização Demográfica

A amostra do estudo foi constituída por 164 indivíduos, dos quais 129 (78.7%) do **sexo** masculino e 35 (21.3%) do **sexo** feminino.

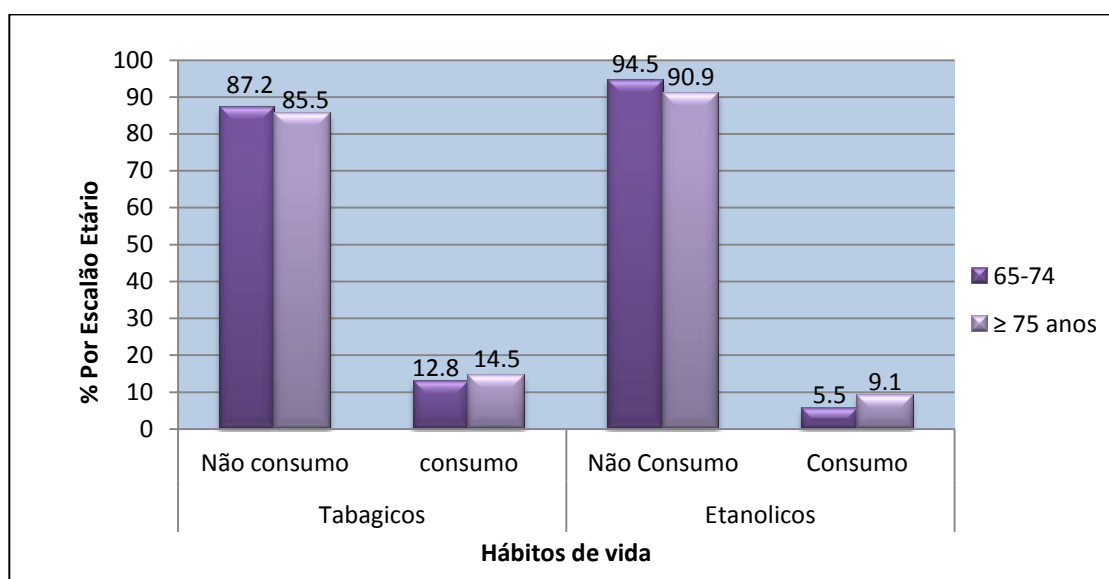
No que respeita à **idade** dos examinados, a idade mínima era de 65 anos e a máxima de 88 anos, para uma média de 72.4 anos, desvio padrão 5.46 e mediana de 72.0 anos. Foi possível constatar que a maioria dos idosos encontra-se inserido no escalão etário dos [65-74], num total de 109 indivíduos. Numa percentagem mais residual encontram-se as pessoas idosas na faixa etária acima dos 75 anos, a que correspondem 55 indivíduos. No escalão etário [65-74], a moda foi de 72 anos, enquanto nas idades superiores a 75 anos, a moda foi de 76 anos. (Gráfico 1)

Gráfico 1 – Caracterização da Amostra relativamente ao Sexo e Escalões Etários



Quanto aos **Hábitos de Vida**, foi possível constatar um predomínio de baixo consumo de tabaco e álcool, ou mesmo ausência na amostra. Ressalva-se que, 22 indivíduos (13.4%) apresentavam hábitos tabágicos acentuados e 11 (6.7%) hábitos etanólicos acentuados, em percentuais similares para as duas faixas etárias. Conclui-se a não existência de significância estatística para os grupos da amostra considerada. (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Caracterização da Amostra relativamente a Hábitos Tabágicos e Etanólicos



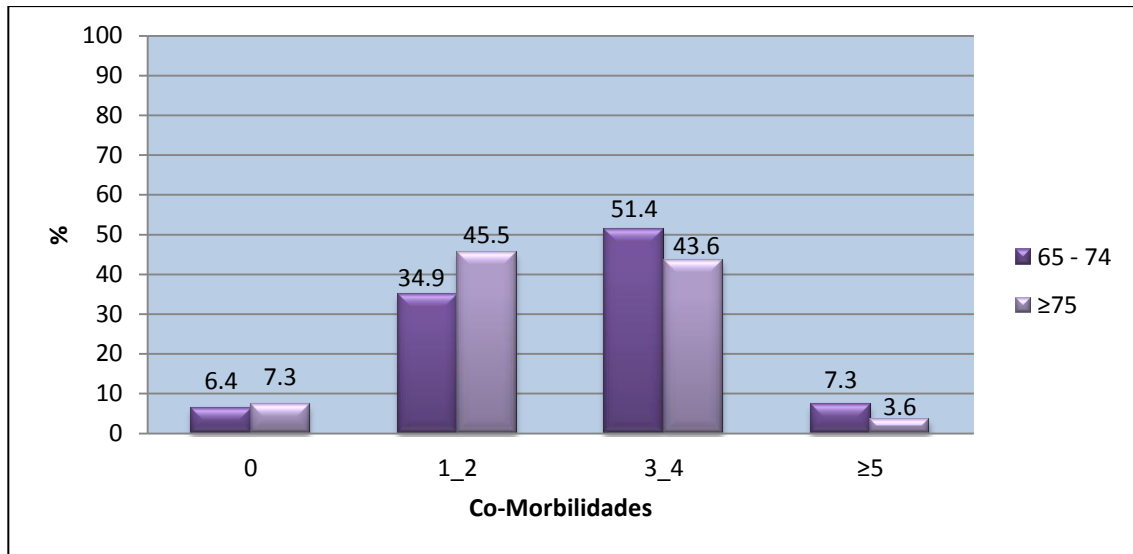
3.1.2. Caracterização de Saúde

Quanto à **Morbilidade**, apenas 6.7% da amostra não apresentava doenças associadas (0 doenças) para um máximo de 6. O valor médio de co-morbilidade foi de 2.6, com desvio padrão de 1.34 e mediana de 3.

Ao analisar o número de indivíduos com co-morbilidade, foi efectuada a classificação em quatro categorias (0; 1-2; 3-4; ≥5).

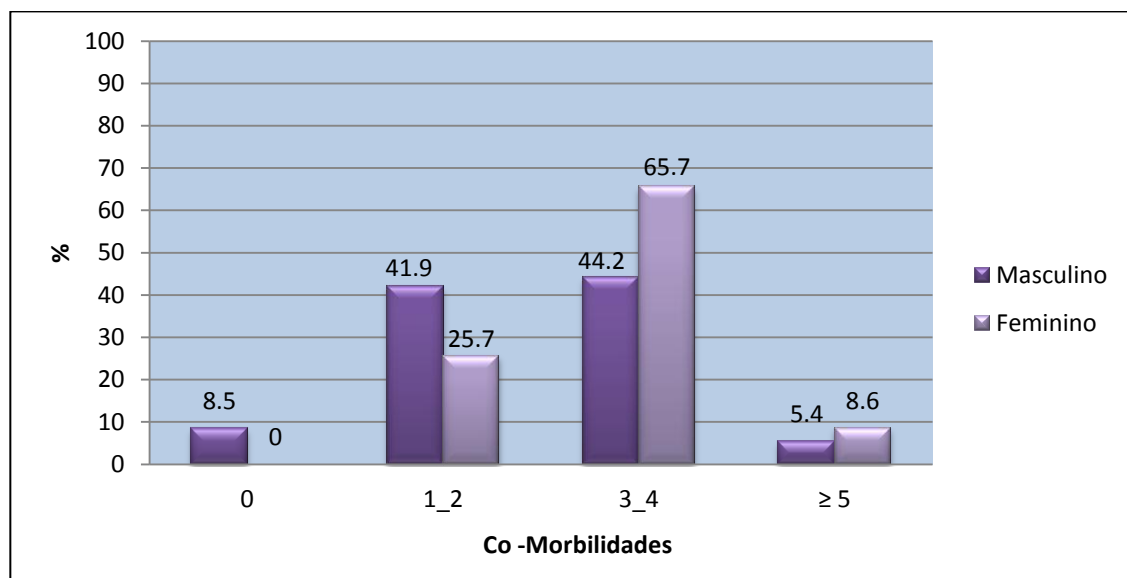
Foi possível constatar a maior prevalência de 3-4 co-morbilidades (48.8%, n=80), seguido de 1-2 (38.4%, n=63). Com 5 ou mais co-morbilidades existiam apenas 6.1% (n=10). A distribuição da co-morbilidade manifestou-se sem diferenças entre os escalões etários considerados. (Gráfico 3)

Gráfico 3 - Distribuição da Co-Morbilidade no Total da Amostra e por Escalão Etário



Relativamente às **Doenças Associadas tendo em conta o Sexo**, todas as mulheres da amostra apresentaram doença e tendência para maior co-morbilidade ($p=0.065$). (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição da Co-Morbilidade por Sexo



Das **Doenças Existentes** na amostra, foi possível verificar que as patologias Cardiovasculares prevalecem, nomeadamente Hipertensão Arterial (75.0%, n=123), Dislipidémia (35.4%, n= 58) e Insuficiência Venosa periférica (14.6%, n= 24). Constatase ainda que do foro Endócrino, a Diabetes Mellitus está entre as patologias predominantes (23.8%, n=39). Com menor expressão e distinguem-se as Osteoartroses (11.0%, n=18) e as Arritmias (10.4%, n=17). Em ambos os escalões etários, dominaram as patologias do foro Cardiovascular (HTA e Dislipidémia). No escalão etário [65-74] surgiu a Diabetes Mellitus com um percentual de 27.5%. Nos mais idosos [75 ou mais], verificou-se uma expressividade Hipertrofia Benigna da Próstata (18.2%).

As doenças existentes manifestaram-se sem diferenças entre os grupos da amostra considerados. (Tabela 1).

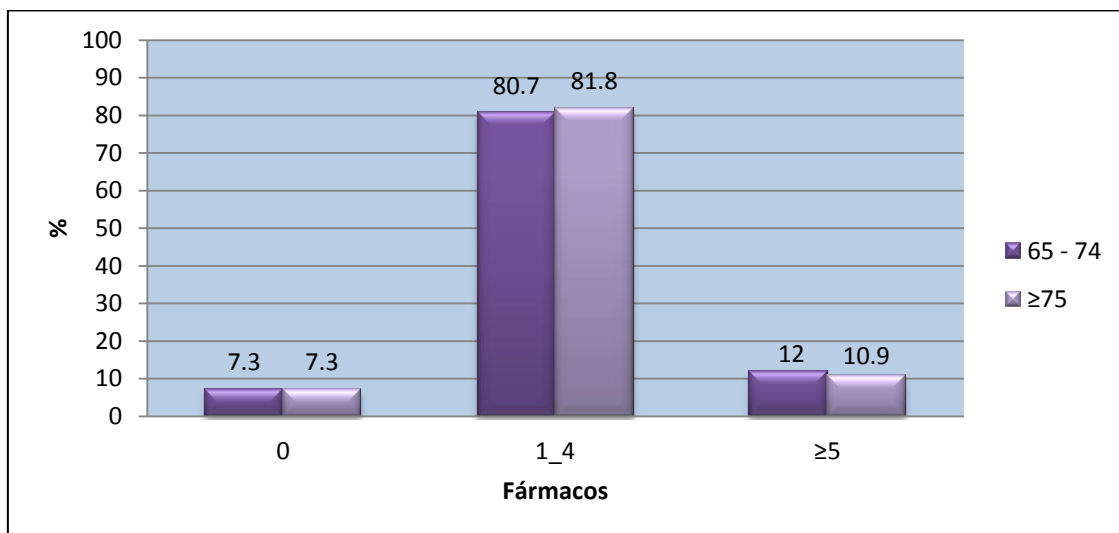
Tabela 1 - Tabela de distribuição de Co-morbilidades

Doenças associadas no pré-operatório		Escalões Etários				Total	
		65-74		≥75			
Aparelho	Patologias	N	%	N	%	N	%
Cardiovascular	Arritmia	11	10.1%	6	10.9%	17	10.4%
	Aterosclerose	1	0.9%	1	1.8%	2	1.2%
	AVC	5	4.6%	6	10.9%	11	6.7%
	Cardiopatia Isquémica	8	7.3%	2	3.6%	10	6.1%
		38	34.9%	20	36.4%	58	35.4%
	Dislipidémia	1	0.9%	2	3.6%	3	1.8%
	EAM	82	75.2%	41	74.5%	123	75.0%
	HTA	1	0.9%	0	0.0%	1	0.6%
	Insuf. Arterial	1	0.9%	2	3.6%	3	1.8%
	Insuf. Cardíaca	17	15.6%	7	12.7%	24	14.6%
	Insuf. Venosa						
Digestivo	Patologias gástricas	11	10.1%	4	7.3%	15	9.1%
Endócrino, Metabólico e Nutricional	Diabetes	30	27.5%	9	16.4%	39	23.8%
	Obesidade	3	2.8%	1	1.8%	4	2.4%
Genito-urinário	HBP	12	11.0%	10	18.2%	22	13.4%
	Insuf. Renal	3	2.8 %	1	1.8%	4	2.4%
Músculo- Esquelético	Osteoartroses	12	11.0%	6	10.9%	18	11.0%
Respiratório	Asma	11	10.1%	3	5.5%	14	8.5%
	DPOC	11	10.1%	2	3.6%	13	7.9%
	Pneumopatias	1	0.9%	1	1.8%	2	1.2%
Sangue	Anemia	0	0.0%	1	1.8%	1	0.6%
SNC	Depressão	9	8.3%	3	5.5%	12	7.3%
	Alzheimer/Parkinson	8	7.3%	1	1.8%	9	5.5%
Geral	Outras	8	7.3%	3	5.5%	11	6.7 %
	Neoplasias	7	6.4%	3	5.5%	10	6.1%
Total		109	100%	55	100%	164	100%

Relativamente à medicação no domicílio, o **Número de Fármacos** máximo identificados foi de 6 e o mínimo de zero. A média de fármacos consumidos diariamente foi de 2.67, com desvio padrão de 1.43 e mediana de 3.

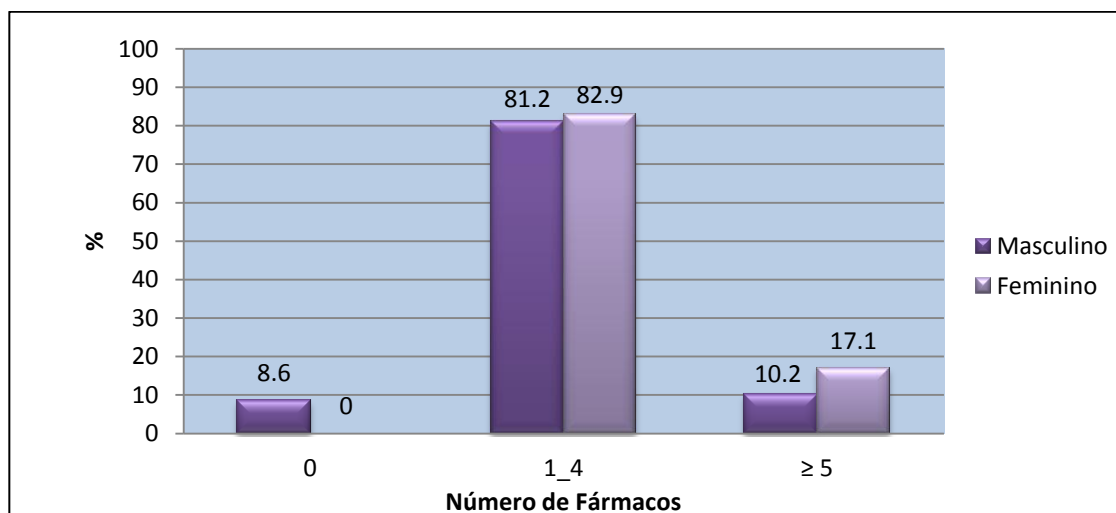
Relativamente ao número de fármacos utilizados no domicílio, foi possível reconhecer que maioritariamente foram consumidos entre 1-4 medicamentos em ambas as faixas etárias em igual proporção, cerca de 80.0%. Dos idosos que compõe a amostra, apenas 7.3% (n=12) não tomaram medicação. O número de fármacos utilizados no domicílio era idêntico entre os grupos da amostra considerados. (Gráfico 5)

Gráfico 5 – Distribuição do Número de Fármacos consumidos no Domicílio por Escalão Etário



Quanto à **Medicação no Domicílio**, tendo em conta o **sexo**, observou-se um consumo pela totalidade da amostra feminina, a sua expressão foi próxima da diferença estatística em relação à amostra masculina ($p=0.056$). (Gráfico 6)

Gráfico 6 - Distribuição dos Fármacos consumidos no Domicílio por Sexo



Quanto aos **Fármacos Consumidos no Domicílio**, existe o predomínio do grupo de fármacos que actua sobre o aparelho cardiovascular. Em primeiro lugar surgem os anti-hipertensores (72.0%, $n=118$), seguido dos anti-dislipidémicos (38.4%, $n=63$). Com uma percentagem de 26.2% ($n=43$) surgem os anticoagulantes/antitrombóticos, inseridos no grupo do sangue. Notou-se ainda, uma grande manifestação em dois grupos, o Endócrino/Metabólico onde os Antidiabéticos Orais/Insulinas foram consumidos por 34% ($n=20.7$) e o SNC onde predominam os Ansiolíticos/Sedativos com 21.3% ($n=35$).

Relativamente ao escalão etário, o Grupo Cardiovascular continua a predominar, nomeadamente nos anti-hipertensores e anti-dislipidémicos para ambos os grupos etários. De ressaltar a expressão dos Ansiolíticos/Sedativos.

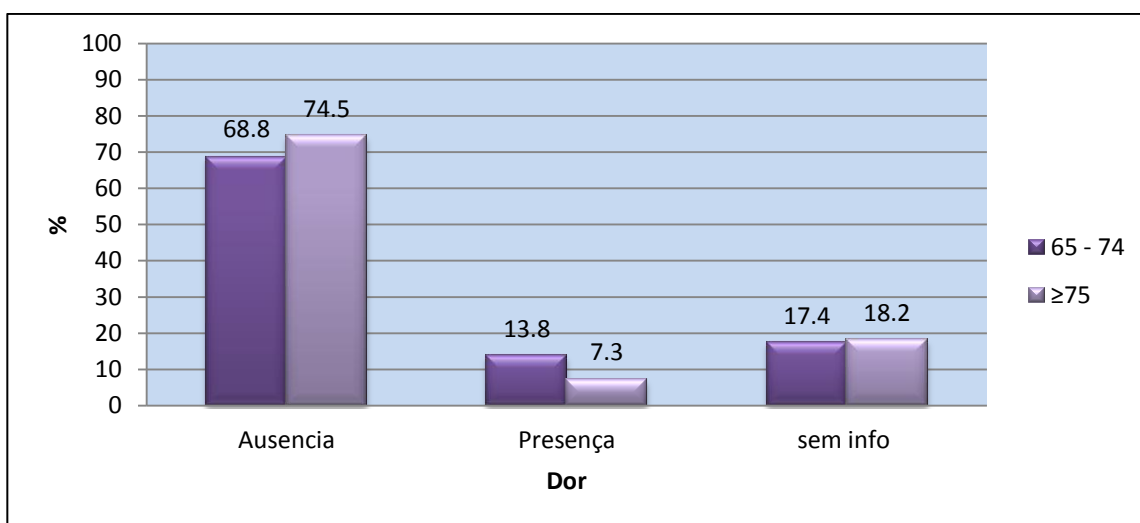
Os grupos de fármacos utilizados no domicílio eram idênticos entre os grupos da amostra considerados (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos Fármacos Consumidos no Domicílio

Órgãos e sistemas	Grupo de fármacos	Escalões etários				Total	
		65 -74		≥75		Nº	%
		Nº	%	Nº	%		
Cardiovascular	Antiarrítmicos	3	2.8%	4	7.3%	7	4.3%
	Anti-hipertensores	77	70.6%	41	74.5%	118	72.0%
	Antidislipidémicos	43	39.4%	20	36.4%	63	38.4%
	Vasodilatadores	13	11.9%	6	10.9%	19	11.6%
	Venotrópicos	7	6.5%	4	6.7%	11	6.7%
Digestivo	Antiácidos/ Antiulcerosos	13	11.9%	10	18.2%	23	14.0%
Endócrino, Metabólico e Nutricional	ADO/Insulina	27	24.8%	7	12.7%	34	20.7%
	Corticosteróides	3	2.8%	0	0.0%	3	1.8%
Músculo-esquelético	AINES	7	6.4%	7	12.7%	14	8.5%
Respiratório	Broncodilatadores	14	12.8%	5	9.1%	19	11.6%
Sangue	Anticoagulantes/ Antitrombóticos	25	22.9%	18	32.7%	43	26.2%
SNC	Analgésicos/antipiréticos	2	1.8%	4	7.3%	6	3.7%
	Ansiolíticos/sedativos	24	22.0%	11	20.0%	35	21.3%
	Antidepressivos	8	7.3%	5	9.1%	13	7.9%
	Outros	16	14.7%	8	14.5%	24	14.6%
Total		109	100%	55	100%	164	100%

Relativamente à manifestação de **Dor no Local** a operar, dos utentes, com necessidade de intervenção cirúrgica a Hérnia da Parede Abdominal, apenas 11.6% (n=19) expressaram dor, enquanto 70.7% (n=116) se mantiveram assintomáticos. Foi no grupo etário dos [65-74] que a dor no local da hérnia foi mais declarada, com 13.8% (n=15). Nos registos consultados não foi possível encontrar dados sobre esta questão em 29 idosos. A dor no local da hérnia não registou diferenças entre os grupos da amostra considerados. (Gráfico 7)

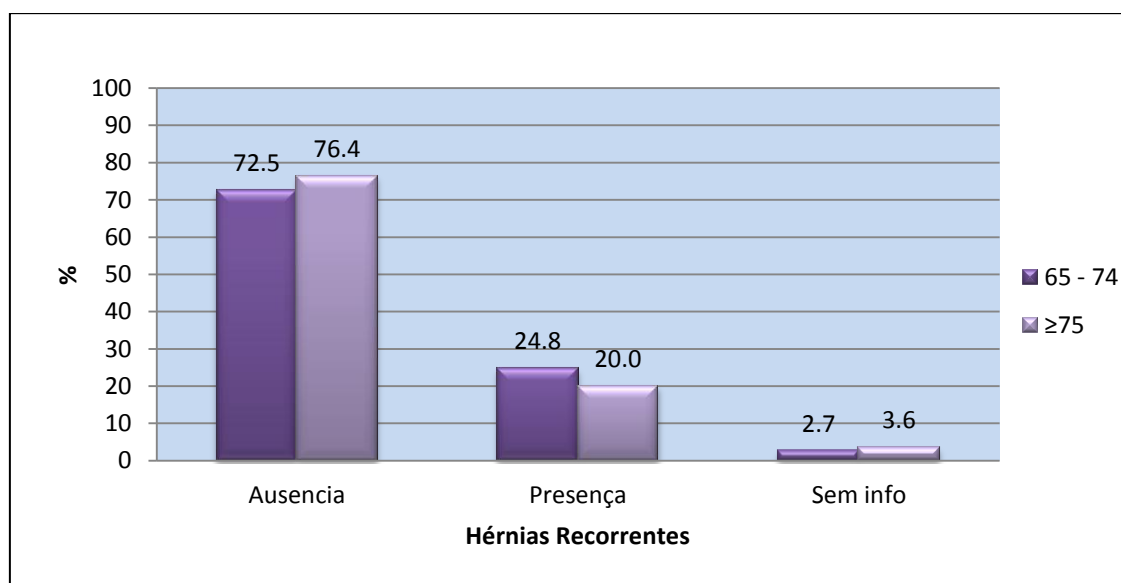
Gráfico 7 - Distribuição de Dor no local da Hérnia



Com história de **Hérnia Anteriormente Operada** identificaram-se 23.2% (n= 38), sendo que a maioria, 73.8% (n=121) foi a primeira vez intervencionada a Cura Cirúrgica de Hérnia da Parede Abdominal.

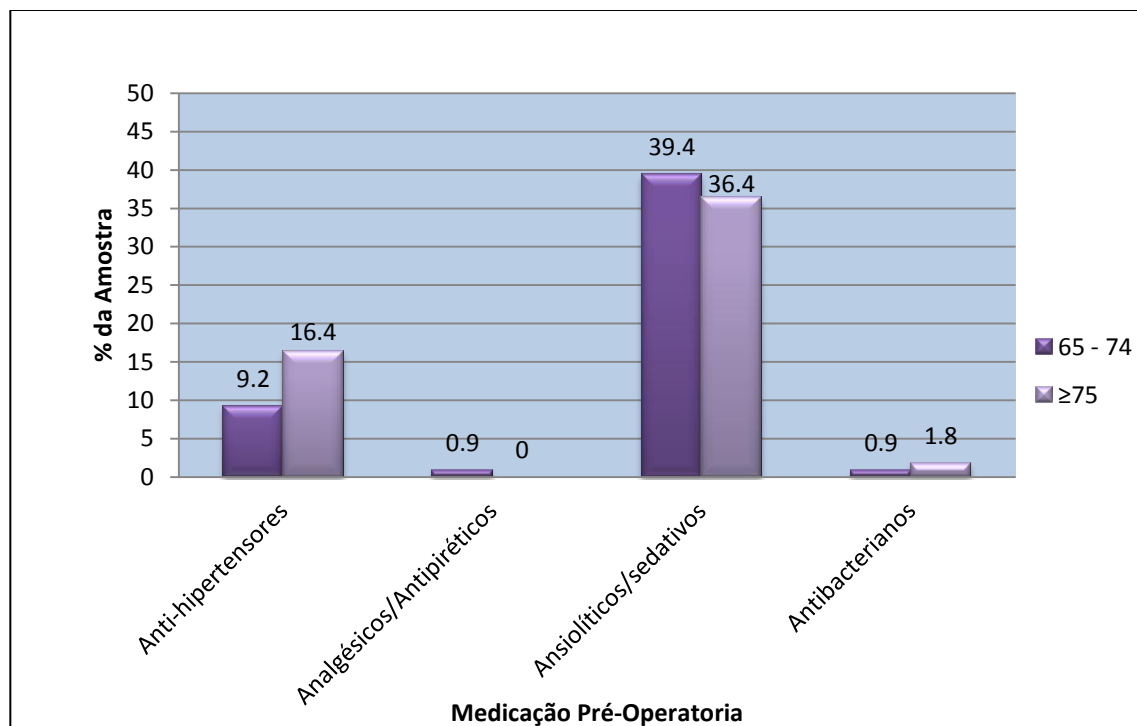
Em termos de idade, os percentuais foram semelhantes em ambos os escalões etários. Ressalva-se que 5 processos clínicos não apresentavam informação sobre esta questão. (Gráfico 8)

Gráfico 8 – Distribuição do Número de Hérnias Recorrentes



Em termos de presença de **Medicação Pré-Operatória**, no escalão etário de [65-74] ocorreu em 49 doentes (45.0%) e no escalão etário de + 75 anos, em 23 doentes (41.8%). Relativamente ao tipo de medicação, sobressaem os Ansiolíticos/Sedativos administrados em 63 idosos, em que o percentual mais elevado de 39.4%, ocorreu na faixa etária dos [65-74]. Também a referir a importância dos anti-hipertensores com n=19 (11.6%). Os analgésicos e os antibióticos foram a medicação menos utilizada. Esta medicação não registou diferenças entre os grupos considerados. (Gráfico 9)

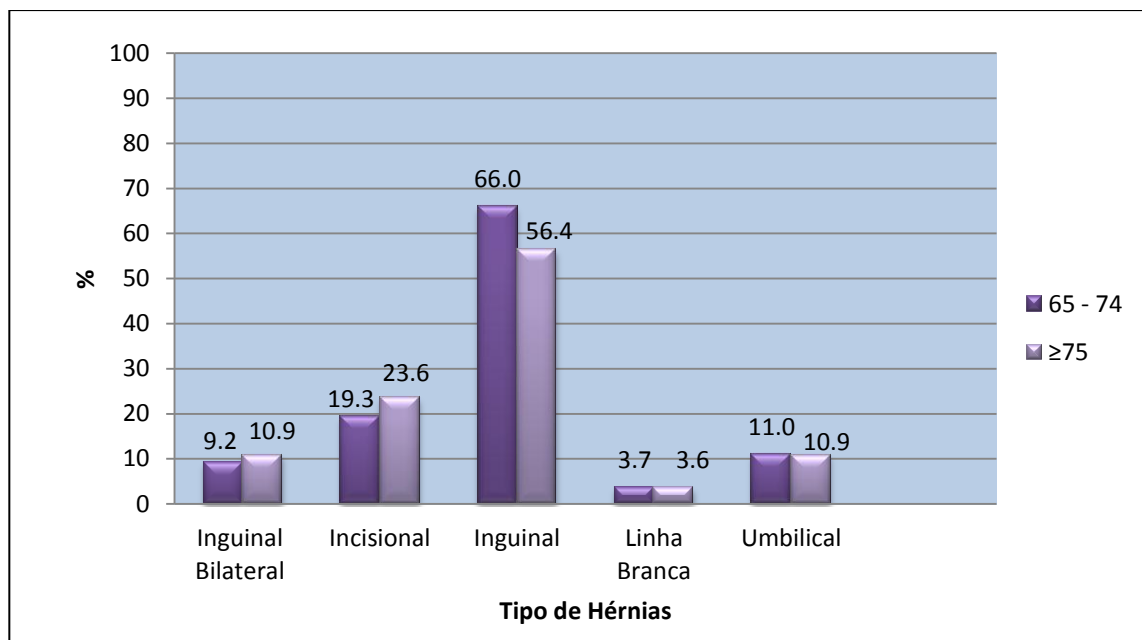
Gráfico 9 - Presença de Medicação Pré-Operatória



3.2. Período Intra-Operatório

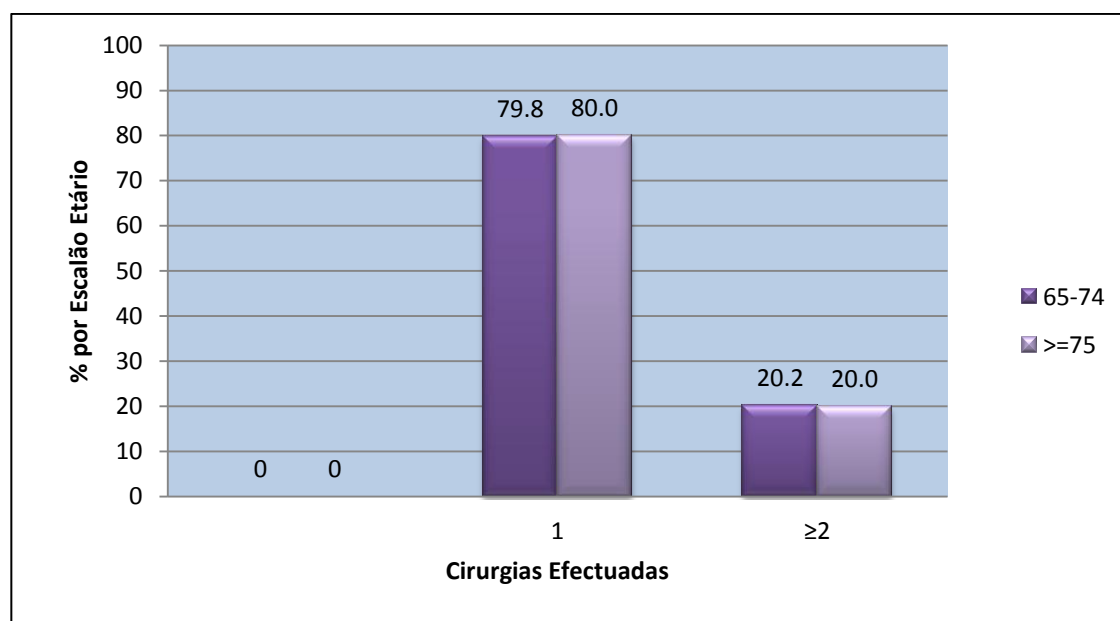
O tipo de cirurgia efectuada permite identificar as várias cirurgias a que os sujeitos deste estudo se submeteram. Existe uma prevalência superior das Hérnias Inguinais, em ambas as faixas etárias. As Hérnias Incisionais foram a segunda cirurgia mais realizada (n=34, 20.7%). Seguem-se as Hérnias Inguinais Bilaterais 16 (9.8%) e as Umbilicais 18 (11.0%). Por último, surge a intervenção cirúrgica a Hérnia Linha Branca, apenas 6 cirurgias. (Gráfico 10)

Gráfico 10 - Distribuição das Cirurgias Realizadas



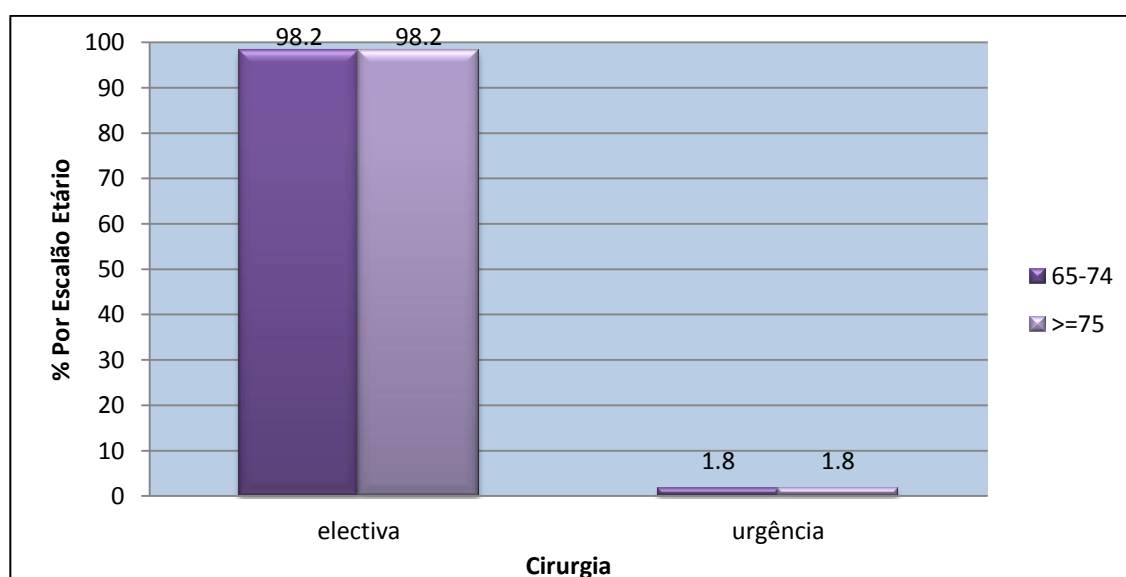
De acordo com o **Número de Cirurgias Realizadas**, a maioria dos idosos efectuou apenas uma cirurgia (79,9%, n=131) no entanto, 20,1% (n=33), foram submetidos a dois actos cirúrgicos diferentes. (Gráfico11)

Gráfico 11 - Distribuição do Número de Cirurgias Realizadas por Utente



Relativamente ao **Carácter da Cirurgia**, através da tabela 15 foi possível observar-se que a maioria das cirurgias foi programada (98.2%, n=161) em detrimento das cirurgias de urgência, situação verificada em ambos os escalões etários (1,8%, n=3). (Gráfico 12)

Gráfico 12 – Distribuição do Carácter da Cirurgia

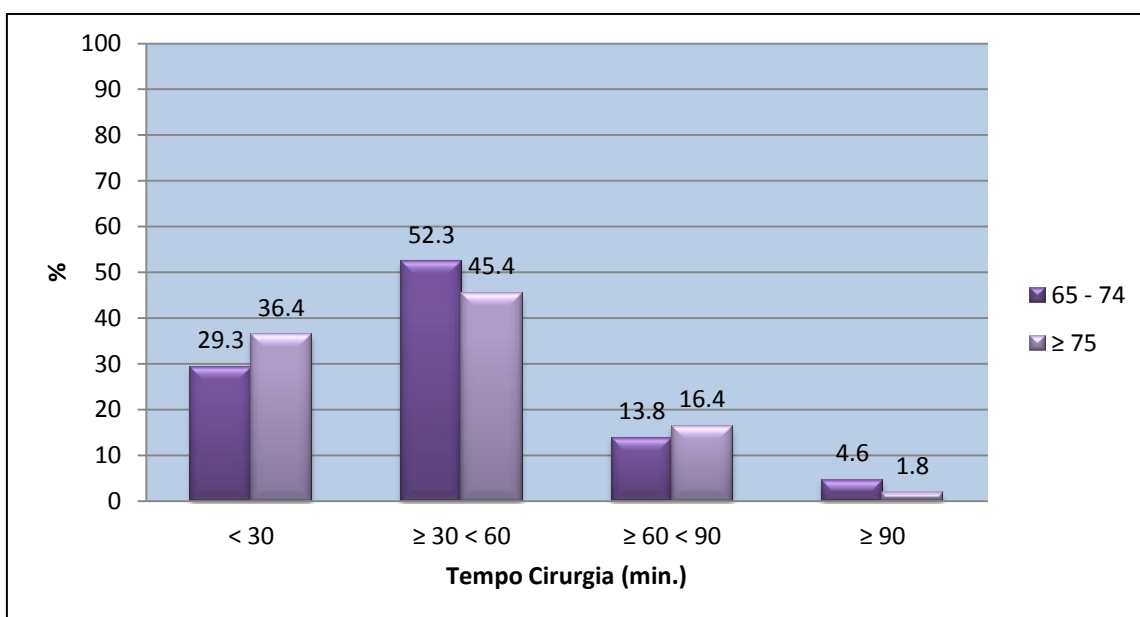


Quanto ao tempo cirúrgico, o valor médio foi de 41.4 minutos, com desvio padrão de 23.1 e mediana de 36, tempo mínimo de 8 e máximo de 143 minutos.

O tempo cirúrgico para faixas etárias, foi detectável que os menos idosos apresentaram um tempo médio de cirurgia de 42.04 minutos, em relação aos mais idosos que apresentaram apenas 40.04 minutos, para um desvio padrão respectivamente de 23.84 e 21.66 minutos.

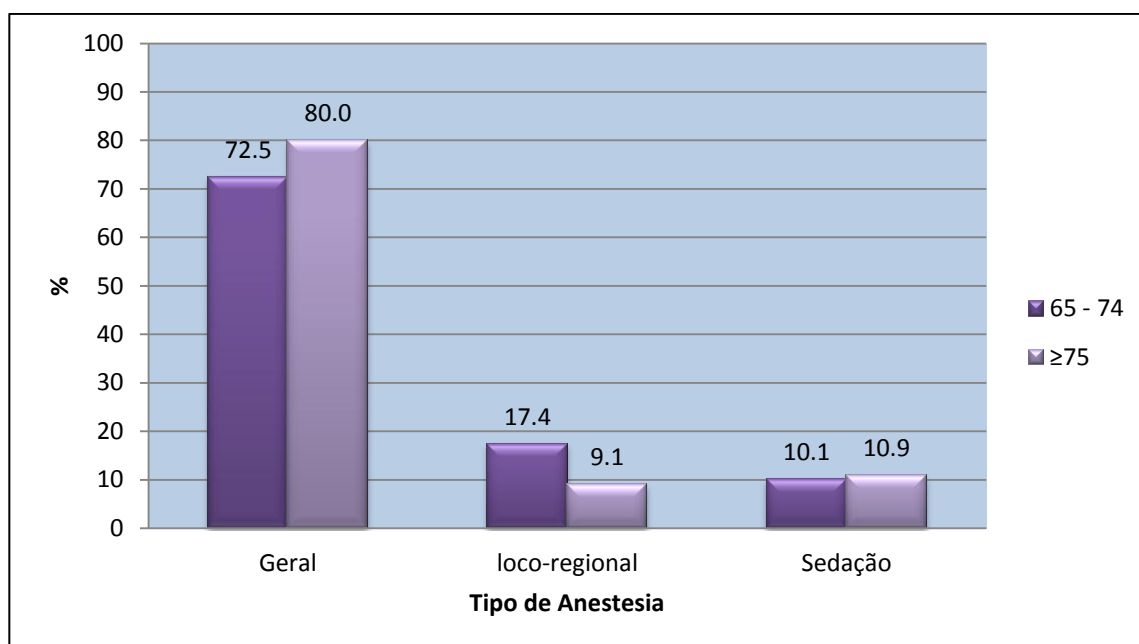
No gráfico 12, foi possível identificar que na maioria dos idosos (n=82) o tempo cirúrgico oscilou entre $[\geq 30 < 60]$ min, para ambos os escalões etários com um percentual de cerca 50%. Em 31.7%, (n=52) esta duração foi inferior a 30 minutos, sendo de 19,6% no escalão etário $[65 - 74]$ e de 12.2% para os mais idosos. Para 14.6% (n=24) dos idosos o tempo de cirurgia variou entre os $[\geq 60 < 90]$ min. Cerca de 3.7% dos utentes receberam tempo cirúrgico mais alargado, superior a 90 minutos. Através do teste de T-Student concluiu-se que o tempo cirúrgico não apresentou diferenças estatísticas entre os grupos considerados. (Gráfico 13)

Gráfico 13 - Distribuição do Tempo de Cirurgia



De acordo com o **Tipo de Anestesia** prevalece a anestesia geral, utilizada em 75% dos casos para um total de 123 indivíduos, logo seguida da anestesia loco-regional (14.6%, n=24) e sedação (10.4%, n= 17). O tipo de anestesia não registou diferenças entre os grupos etários considerados. (Gráfico 14).

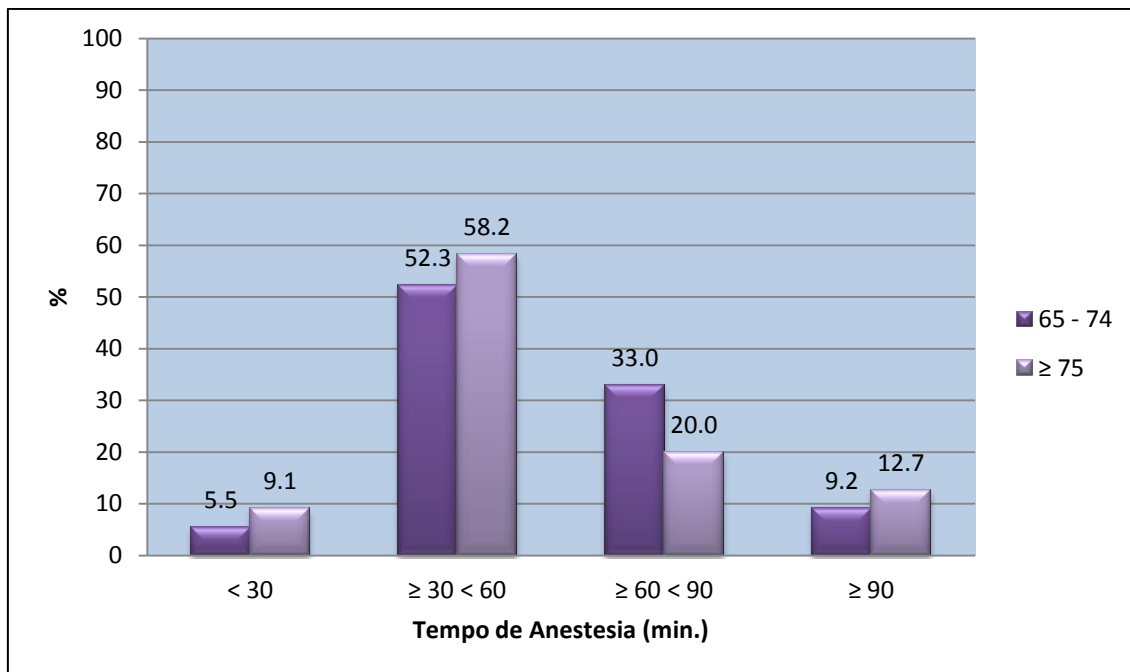
Gráfico 14 – Distribuição do Tipo de Anestesia



O tempo de anestesia médio foi de 57 minutos, com uma mediana de 53 e um desvio padrão de 23.9 variando num mínimo de 18 e um máximo de 155 minutos. Para a faixa etária compreendida entre 65-74 anos a média foi de 58.07 minutos e desvio padrão de 24.11, relativamente aos mais idosos a média foi de 54.87 e o desvio padrão de 23.66 minutos.

Foi possível observar que na maioria dos idosos 54,3% (n=89) o tempo anestésico oscilou entre $[\geq 30 < 60]$. 28.6% (n=47) dos idosos tiveram tempo anestésico entre $[\geq 60 < 90]$. Em 6.7% (n= 11) dos utentes a anestesia foi inferior a meia hora, sendo que nos restantes 10.4 % (n=17) o tempo de anestesia superou os 90 minutos. Pelo teste de T-Student não se verificaram diferenças estatísticas nos dois escalões etários considerados. (Gráfico 15)

Gráfico 15 - Distribuição do Tempo de Anestesia

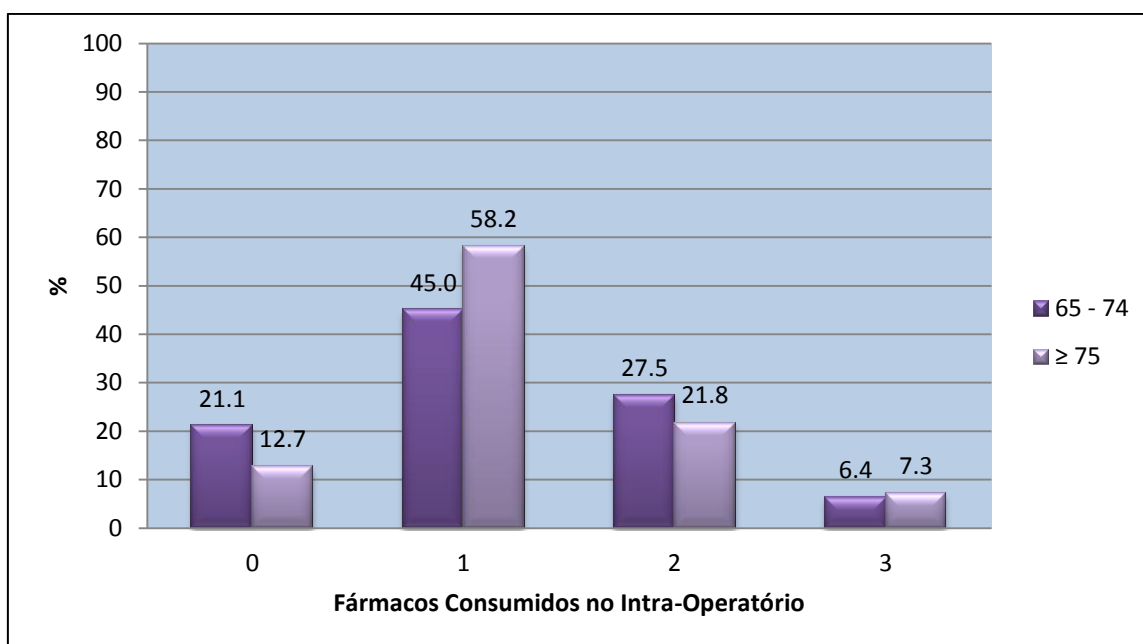


Neste estudo, o **Número de Fármacos Consumidos no Intra-Operatório**, apresentou um valor médio de 1.21 com desvio padrão de 0.82 e mediana de 1.

De acordo com o gráfico 16, quase metade da amostra, 49.8% (n=81) consumiu 1 fármaco no intra-operatório, por outro lado, 18.3% (n=30) não consumiram fármacos.

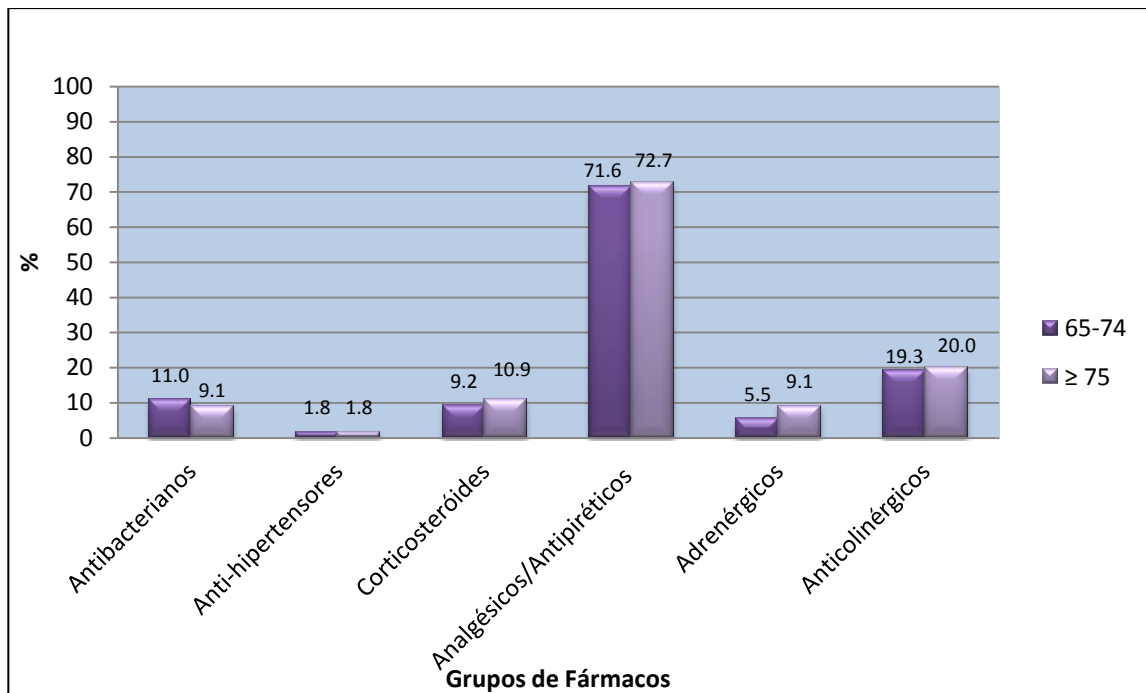
Relativamente aos escalões etários, os consumos são semelhantes em termos de percentuais. No que concerne aos consumos de 1 e 3 fármacos, a percentagem nos mais idosos, foi respectivamente de 58.2% e 7.3%. Por outro lado, o consumo de 2 fármacos foi superior no escalão etário dos [65-74]. O não consumo de fármacos também foi superior neste escalão etário. O número de fármacos consumidos no intra-operatório não registou diferenças entre os grupos etários considerados. (Gráfico 16)

Gráfico 16 – Distribuição do Número de Fármacos Consumidos no Intra-Operatório



Através do gráfico 17 foi possível reconhecer uma percentagem elevada 72.0% (n=118) de analgésico/antipiréticos. Com 19.5% (n = 32) surgem os anticolinérgicos. Não menos importante, surgem os antibióticos utilizados de forma profiláctica com 10.4% (n= 17) e os corticosteróides com 9.8% (n= 16). Por último, surgem os adrenérgicos, numa percentagem baixa de 6.7% (n= 11). Os grupos de fármacos mais significativos consumidos no intra-operatório não registaram diferenças entre os grupos etários considerados. (Gráfico 17)

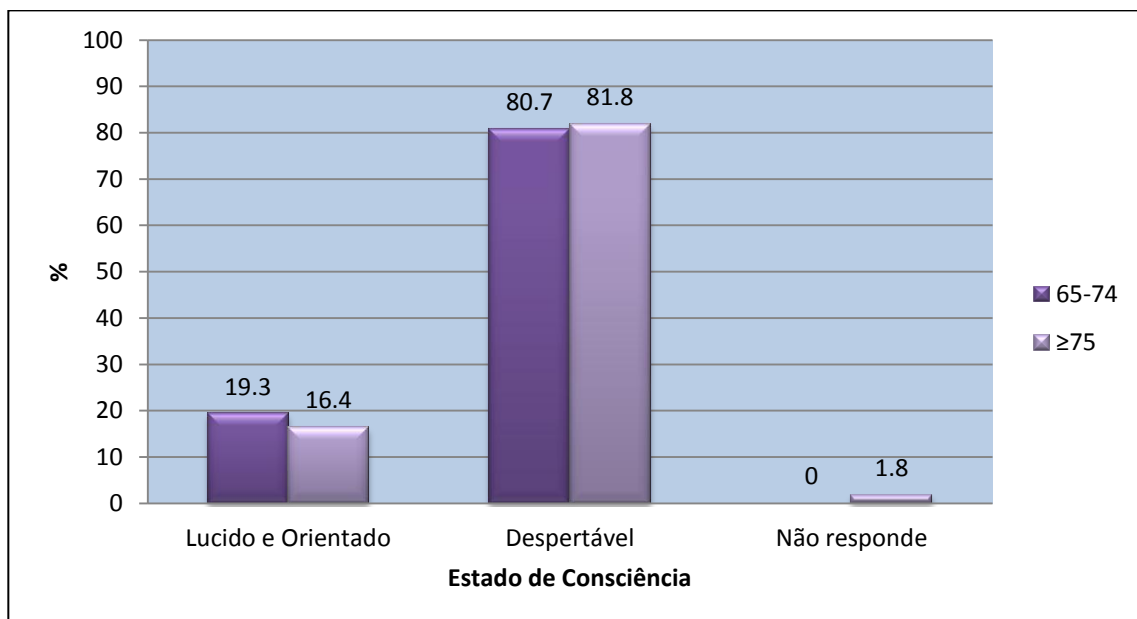
Gráfico 17 – Distribuição dos Fármacos Consumidos no Intra-Operatório por Escalão Etário



3.3. Período Pós-Operatório

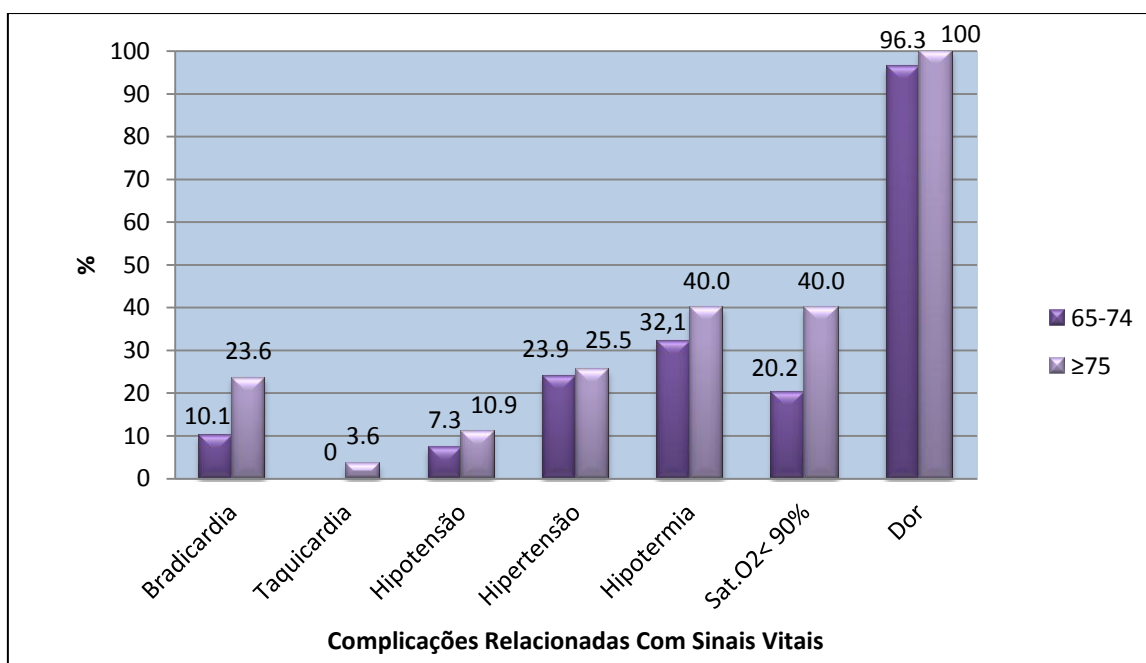
Quanto ao **Estado de Consciência** no período pós-operatório imediato, os indivíduos chegaram ao recobro maioritariamente acordados, embora uns mais que outros. De acordo com a escala de Aldrete (Aldrete, Kroulik, 1970), 18.3% dos idosos estavam lúcidos e orientados (n= 30) e 81.1% despertáveis ao chamamento (n=133). Apenas um utente, dos mais idosos, não respondia, tendo sido registada a necessidade de estimulação e manobras de suporte de vida. O Estado de Consciência no Período Pós-Operatório imediato não registou diferenças entre os grupos etários considerados. (Gráfico 18)

Gráfico 18 – Distribuição do Estado de Consciência à Chegada ao Recobro



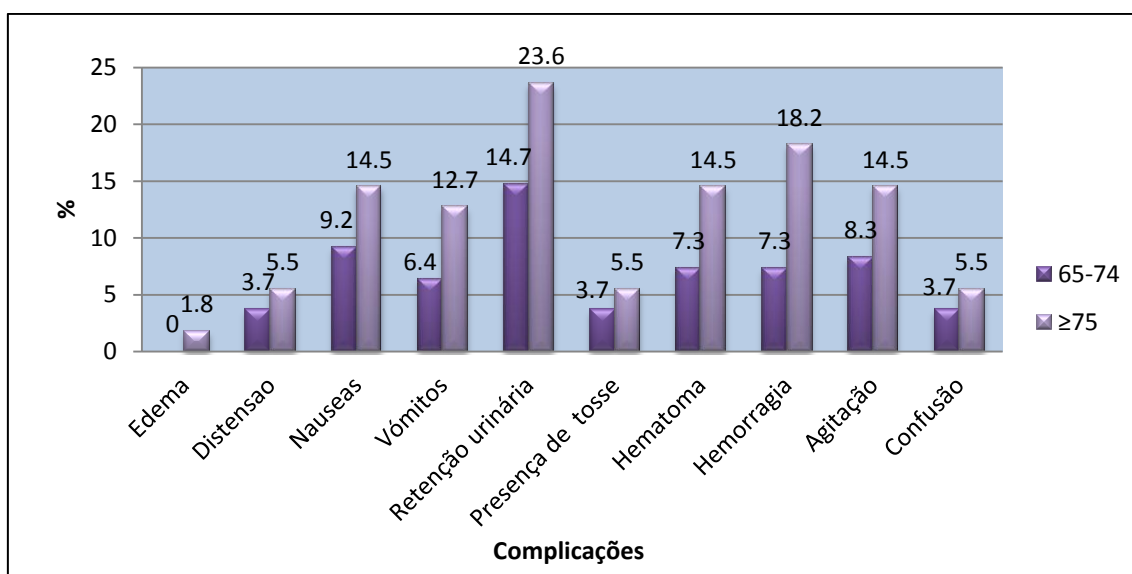
Em relação às **Complicações Surgidas nos Doentes Idosos Operados a Hérnia da Parede Abdominal**, foi possível identificar que as complicações mais frequentes se prendem com alterações a nível dos sinais vitais. Assim, das que ocorreram, a maior prevalência recai sobre a dor com 97.6% (n=160), seguindo-se a hipotermia com 34.8% (n=57). As principais complicações cardiovasculares foram Hipertensão Arterial em 24.4% (n=40) e Bradicardia em 14.6% (n=24). Relacionado com o Sistema Respiratório, a Saturação de Oxigénio inferior a 90% com ar ambiente surgiu em 26.8% (n=44). Existe uma relação estatisticamente significativa entre os escalões etários e a complicação Bradicardia ($p=0.021$) e a Saturação de Oxigénio $> 90\%$ ($p= 0.006$). (Gráfico 19)

Gráfico 19 - Complicações Relacionadas com Sinais Vitais



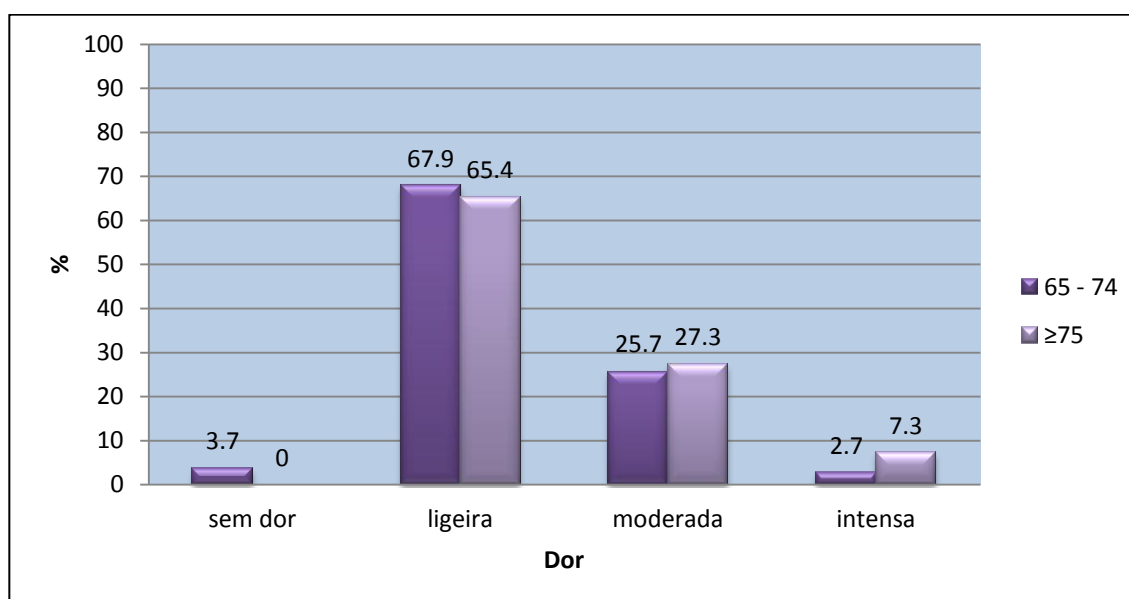
Surgiram em menor número, manifestações digestivas, das quais principalmente náuseas (11.0%, n=18) e vômitos (8.5%, n=14); geniturinárias (17.7%, n=29), nomeadamente retenção urinária; hematológicas, como hematomas (9.8%, n=16) e hemorragias (11.0%, n=18); e comportamentais, com agitação (10.4%, n=17) e/ou confusão mental (4.3%, n=7). Os dois escalões etários identificados, apresentam valores percentuais semelhantes. Existe uma relação estatisticamente significativa entre os escalões etários e as complicações hemorragia ($p=0.036$) e retenção urinária ($p= 0.038$). (Gráfico 20)

Gráfico 20 – Distribuição das Complicações por Escalão Etário



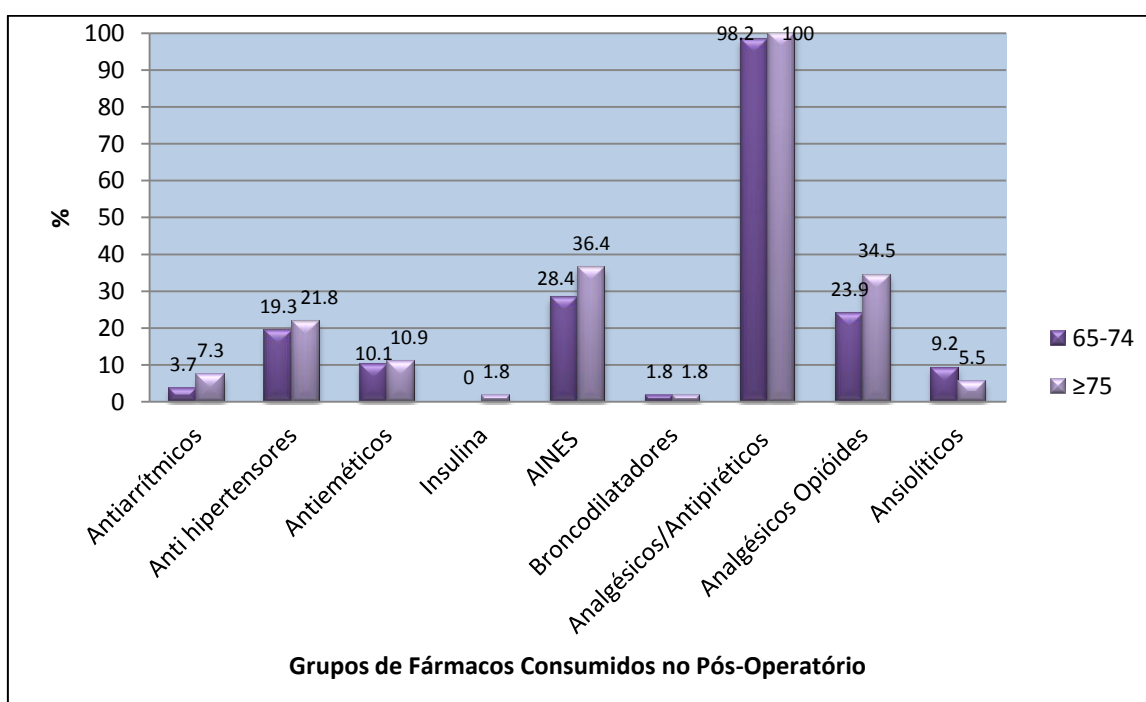
Relativamente ao **Grau de Dor** no pós-operatório imediato, referida pela quase totalidade dos idosos, foi possível identificar que predominou a dor ligeira com 67.1% (n=110). A dor moderada esteve presente em 26.2% dos utentes (n=43) e a dor intensa ocorreu em 4.3% (n=7). De salientar que 2.4% dos idosos (n=4) não referiram dor e pertenciam ao escalão etário mais baixo. Em termos de escalões etários, a dor ligeira prevaleceu em ambos. A presença e grau de dor não registaram diferenças entre os grupos etários considerados. (Gráfico 21)

Gráfico 21 – Distribuição do Grau de Dor



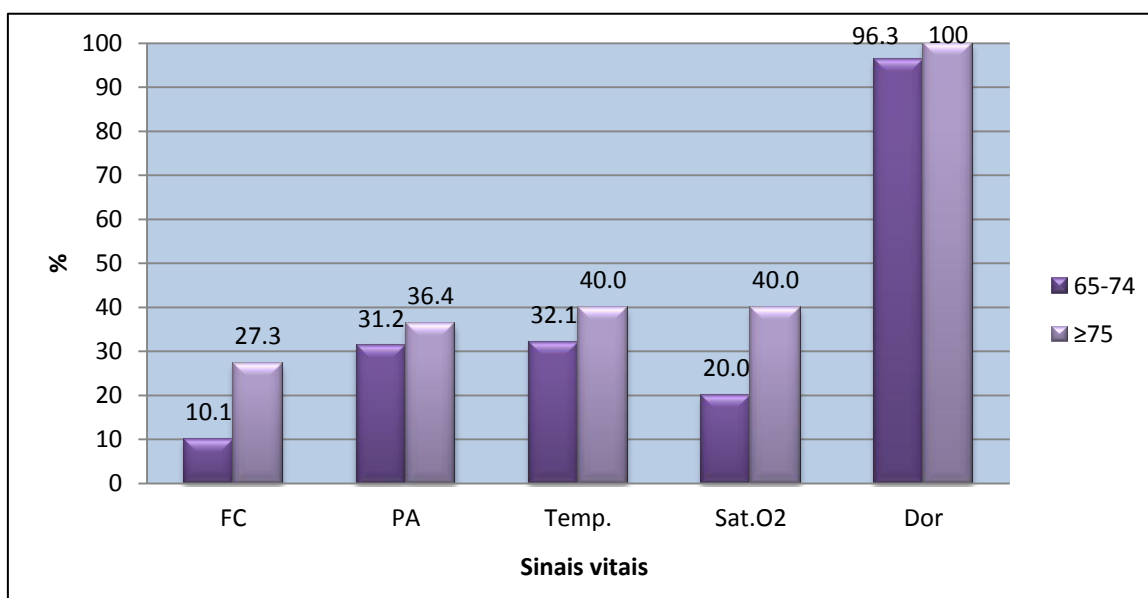
Dos **Fármacos Consumidos no Pós-Operatório Imediato** há a pontuar a predominância dos fármacos para controlo analgésico. Assim, os analgésicos não opióides sobressaem com 98.2% (n=161), seguidos pelos anti-inflamatórios não esteróides utilizados em 30.5% (n=50) dos idosos e dos analgésicos opióides com 27.4% (n=45). A distribuição dos fármacos consumidos no pós-operatório imediato não registou diferenças entre os grupos etários considerados. (Gráfico 22)

Gráfico 22 – Distribuição dos Fármacos Consumidos no Pós-Operatório



Através do gráfico 23 foi possível reconhecer o peso da variável dor, para determinar o Score de Vulnerabilidade, pois surge em 97.6% (n=160). A pressão arterial e a temperatura emergem na casa dos 30%, logo seguida do parâmetro que traduz as complicações respiratórias, a saturação de Oxigénio com 26.8%. Proporcionalmente houve um maior número de pessoas no escalão etário mais a velho a apresentar complicações relacionadas com sinais vitais. Os resultados concluíram a existência de relevância estatística nas complicações associadas a frequência cardíaca ($p=0.004$) e Saturação de oxigénio $<90\%$ ($P=0.007$). (Gráfico 23)

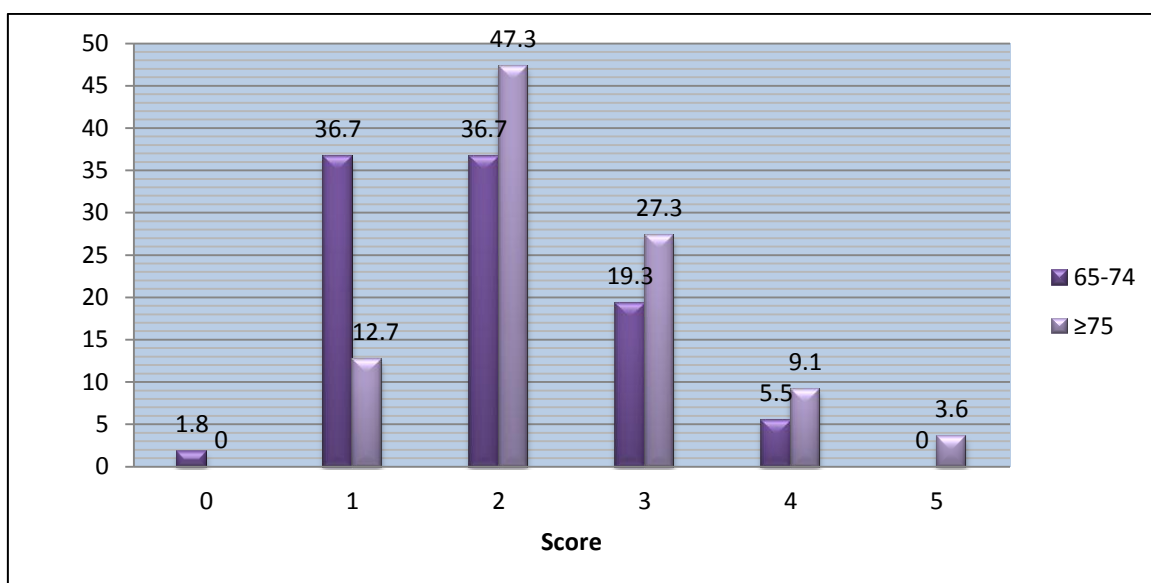
Gráfico 23 – Distribuição das Complicações relativas aos Sinais Vitais - Score de Vulnerabilidade



O Score de Vulnerabilidade, construído pelo conjunto dos 5 sinais vitais, apresentava um mínimo de zero e um máximo de cinco, para uma média de 2.08, uma mediana de 2 e um desvio padrão de 0.96.

De acordo com o gráfico 23, apenas 1.8% dos idosos (n=2) teve vulnerabilidade de zero. Todos os restantes utentes são considerados vulneráveis, muito embora, o grau de vulnerabilidade, score, varie de acordo com o número de alterações nos sinais vitais. Assim, foi possível identificar um maior percentual de idosos com idades superiores a 75 anos nos scores 3, 4, 5, e 6. O score 7, indicativo de maior vulnerabilidade, apenas se encontrou presente em um idoso, com idade superior a 75 anos. O escalão etário dos [65-74] apresentou média de 1.89 e desvio padrão de 0.92 enquanto a faixa etária acima dos 75 anos apresentou média de 2.43 e desvio padrão de 0.96, pelo que é possível inferir que o score de vulnerabilidade apresenta relevância estatística nos escalões considerados ($p=0.001$). (Gráfico 24)

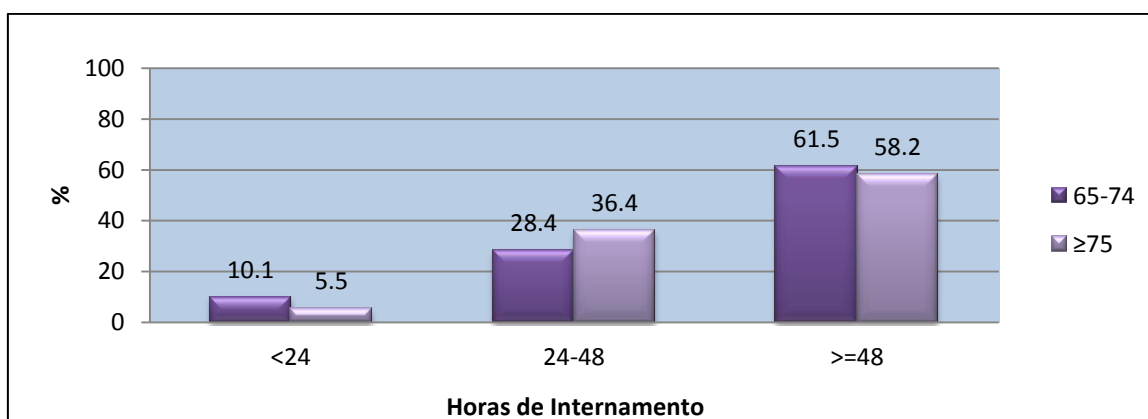
Gráfico 24 – Distribuição do Score de Vulnerabilidade



As horas de internamento correspondem ao tempo que medeia a entrada do doente no hospital até há sua saída. De acordo com o gráfico 24, foi possível inferir que 60.4% (n=99) dos doentes internados permaneceram na instituição por mais de 48 horas, sendo que 31.1% (n=51) estiveram internados num período entre as 24-48h e que 8.5% (n=14) num período inferior a 24h, ou seja em regime de ambulatório. Considerando os escalões etários, os doentes com idades [65-74] predominaram nos tempos de internamento <24h (10.1%, n=11) e > 48h com 61.5% (n=67). Já os mais velhos sobressaíram, no tempo de internamento entre 24-48h com 36.4% (n=20).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a média das horas de internamento dos grupos etários (p=0.342). (Gráfico 25)

Gráfico 25 – Distribuição das Horas de Internamento



Análise Bivariada

Pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney concluímos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o Score de Vulnerabilidade dos dois grupos etários ($p=0.001$). (Tabela 3)

Tabela 3 – Comparação do Score de Vulnerabilidade entre Escalões Etários

Escalões Etários	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	N
65-74	1.8991	.92241	2.0000	.00	4.00	109
75 +	2.4364	.95769	2.0000	1.00	5.00	55
Total	2.0793	.96557	2.0000	.00	5.00	164

Verificou-se não ter havido relação entre score de vulnerabilidade e o sexo dos indivíduos estudados. (Tabela 4)

Tabela 4 - Comparação do Score vulnerabilidade entre Sexo

Sexo	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	N
Masculino	2.40	1.259	2.00	0	7	129
Feminino	2.51	1.269	2.00	1	6	35
Total	2.43	1.258	2.00	0	7	164

Pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney concluímos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o Score de Vulnerabilidade dos dois grupos de medicação ($p=0.312$). (Tabela 5)

Tabela 5 - Comparação do Score de Vulnerabilidade Entre Quem Toma Medicação no Domicílio e Quem Não Toma

Medicação Domicílio	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	N
Não	1.5000	.79772	1.5000	.00	3.00	12
Sim	2.1250	.96503	2.0000	.00	5.00	152
Total	2.0793	.96557	2.0000	.00	5.00	164

Pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney concluímos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o score de vulnerabilidade dos dois grupos de doença associada ($p=0.527$). (Tabela 6)

Tabela 6 - Comparação do Score Vulnerabilidade Entre Quem Tem Doenças Associadas e Quem Não Tem

Doenças Associadas	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	N
Não	1.82	1.168	2.00	0	4	11
Sim	2.47	1.257	2.00	0	7	153
Total	2.43	1.258	2.00	0	7	164

Pelo teste não paramétrico de Kruskal-Wallis concluímos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o Score de Vulnerabilidade e os grupos de tempo de cirurgia ($p=0.826$). (Tabela 7)

Tabela 7 – Comparação do Score de Vulnerabilidade entre os Tempos de Cirurgia

Tempo Cirurgia	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	N
<30	2.0000	.84017	2.0000	1.00	4.00	52
[30;60[	2.1325	.99720	2.0000	.00	5.00	83
[60;90[	2.0417	1.04170	2.0000	1.00	5.00	24
>=90	2.2000	1.48324	2.0000	.00	4.00	5
Total	2.0793	.96557	2.0000	.00	5.00	164

Pelo teste não paramétrico de Kruskal-Wallis concluímos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o Score de Vulnerabilidade e os grupos de tempo de anestesia ($p=0.224$). (Tabela 8)

Tabela 8 – Comparação do Score de Vulnerabilidade entre os Tempos de Anestesia

Tempo anestesia categórica	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	N
<30	2.1818	.75076	2.0000	1.00	4.00	11
[30;60[	2.1348	1.02460	2.0000	.00	5.00	89
[60;90[	1.8298	.78903	2.0000	.00	4.00	47
>=90	2.4118	1.12132	2.0000	1.00	5.00	17
Total	2.0793	.96557	2.0000	.00	5.00	164

Para um nível de significância de 5%, pelo teste não paramétrico de Kruskal-Wallis concluímos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o Score de Vulnerabilidade e os grupos de tempo de internamento ($p=0.095$).

Tabela 9 – Comparação do Score Vulnerabilidade entre Horas de Internamento

Horas Internamento	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	N
<24	2.0714	.99725	2.0000	.00	3.00	14
24-48	1.9732	.91494	2.0000	.00	4.00	112
>48	2.3947	1.05368	2.0000	1.00	5.00	38
Total	2.0793	.96557	2.0000	.00	5.00	164

4. DISCUSSÃO

A sociedade debate-se com uma preocupação bem real, o rápido aumento da população idosa, com 65 e mais anos: segundo dados do INE (2002), o Envelhecimento é considerado parte do desenvolvimento, onde coexistem forças originárias quer do indivíduo, quer dos contextos onde se encontra inserido, quer da sua interacção (Fonseca, 2006). Podem ocorrer ganhos ou perdas ao longo deste processo, pois o indivíduo ao longo da sua vida vai fazendo escolhas e agir em conformidade com elas, controlando a sua vida, dentro do possível, mantendo-se inserido no mundo que o rodeia, ao mesmo tempo que assegura um bom funcionamento psicológico e a sua identidade. Para Vaillant in Fonseca (2006) “em cada idade contamos a história da nossa vida de maneira diferente”, ou seja, ao longo do desenvolvimento vão ocorrendo transformações não só na aparência física, mas também, relacionadas com outros aspectos: vida social, interesses, prioridades, relações com os outros, qualidades.

A necessidade de obter mais conhecimentos relacionados com os idosos, o processo de envelhecimento, de como os seus modos de vida e suas consequências encaixam neste processo, continuam a persistir. Associado ao envelhecimento, existe a vulnerabilidade para ocorrência de doenças que podem conduzir facilmente a incapacidades. Desta forma, surge a preocupação de lidar com doentes idosos, assegurando uma melhor qualidade de cuidados, nomeadamente em meio hospitalar, no sentido de uma aumento da qualidade de vida

Neste trabalho, a idade revelou-se uma variável fulcral, assim durante o ano de 2009 foram identificados 164 utentes, de ambos os sexos, com idades entre 65 e os 85 anos, o que denota um número elevado da população idosa. Para este trabalho foram adoptados apenas duas faixas etárias [65 – 74] e [75 e mais anos], sendo os idosos com mais de 85 anos (apenas 3) incluídos nesta última faixa etária.

O Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva refere que o aparecimento de Hérnia da parede abdominal surge em qualquer idade, no entanto aparece com maior frequência nos extremos da vida, nos recém-nascidos, por defeito congénito e nos idosos por enfraquecimento dos tecidos da parede abdominal. Outro estudo mencionado por Herrera *et al* (2010) refere o aparecimento de hérnias em 45 % em utentes com idades acima dos 75 anos.

Das hérnias intervencionadas, sobressaíram as hérnias inguinais (62.8%), seguidas das hérnias incisionais (20.7%), hérnias umbilicais (11.0%), hérnia bilateral (9.8%) e por último, surgem as hérnias da linha branca (3.6%). Estes dados estão de acordo com a bibliografia consultada. Trindade & Trindade (2010) reforçam que a Correção Cirúrgica das hérnias inguinais é um dos procedimentos mais frequentes em todo o mundo, nomeadamente na população idosa (Patti, Picone, Aiello, Sammartano, Migliore and Di Vita, 2009), com predomínio da Hérnia Inguinal no sexo masculino (Sperandio, Queroz, Soares, Kelmann, Bernardo, 2008). E neste estudo, o sexo masculino predominou com 78.37% (n=129) sobre o sexo feminino 21.3% (n=55). No entanto, também foi identificado, que em idades acima dos 74 anos, o sexo feminino domina. Estes dados estão de acordo com dados do INE que referem que esperança de vida é maior nas mulheres.

Outro factor de risco são os hábitos de vida, nomeadamente tabagismo e consumo acentuado de álcool. Nesta amostra identificaram-se 22 idosos (13.4%) com hábitos tabágicos marcados e 11 (6.7%) com hábitos etanólicos. Segundo Sorensen *et al* (2005) fumar é um factor de risco significativo para a ocorrência de hérnia incisional. De acordo com um estudo realizado na Dinamarca, entre 1997-1998, os fumadores apresentaram um risco quatro vezes maior de hérnia incisional. Também aos fumadores é atribuído uma maior incidência de deiscências nas incisões. Sørensen (2006) encontrou um risco 64% maior de infecção e 80% maior de deiscência durante os primeiros dias de pós-operatório. Para Sorensen (2006) não existem relatos em como o consumo excessivo de álcool poderá afectar a formação ou degradação de colagénio, e interferir na regeneração dos tecidos. Por outro lado, grandes consumidores de álcool, tem dietas empobrecidas, nomeadamente no que concerne a Vitamina C, pode levar a escorbuto e consequentemente afectar a formação de colagénio.

Um dos aspectos relevantes deste trabalho, prende-se com a avaliação do 5º Sinal Vital, a Dor. Foi pequena a expressividade de dor no local a operar. Uma hérnia, muitas vezes é assintomática ou manifestada por sensação de desconforto ou dor aguda que melhora com o descanso. Pitrez *et al* (1999) reforça esta ideia ao referir que a maioria dos idosos não apresenta sintomatologia antes da entrada no hospital.

Neste estudo predominam as cirurgias electivas (98.2%, para ambos os escalões etários), em detrimento das cirurgias de urgência, mais associadas a hérnias encarceradas. Pitrez *et al* (1999) assume que a herniorrafia electiva é a escolha acertada para os idosos.

Para Ferreira *et al* (2010) embora não sendo “sinónimo de doença, o envelhecimento faz-se acompanhar de alterações anátomo-patológicas”, que geralmente se traduzem “ em doenças crónicas, causadoras de dependência, fragilidades, incapacidades e morte “ (Garcia, Yagi, Souza, Odoni, Frigério, Merlin, 2006). Também a OMS (2005) corrobora esta situação, mencionando que as pessoas idosas tendem a ter mais doenças do que os jovens, sendo que patologias como as doenças cérebro e cardiovasculares, neoplasias, demências, acidentes perda de audição e visão, diabetes, doenças osteoarticulares e doenças mentais, constituem nas pessoas idosas as principais causas de morbilidade e mortalidade. Neste trabalho foi possível identificar o predomínio de 3-4 doenças, seguido de 1-2, sendo as mais prevalentes do foro cardiovascular, nomeadamente HTA e Dislipidémia. Esta condição também é assumida por Pitrez *et al*, (1999), ao referir que “as complicações cardiovasculares são as mais frequentes, podendo atingir índices de 30%”. A diabetes com expressividade nos escalões mais novos e a Hipertrofia Benigna da Próstata nos mais idosos. Importante ressaltar, que as mulheres apresentaram todas elas, doenças. Analisando as co-morbilidades, percebe-se, que 11 idosos não têm doenças crónicas associadas e como tal, não necessitam de medicação. Dentro deste contexto, existe 1 idoso com patologia que não toma medicação.

Tal como referido por Ramos (2003) “embora a grande maioria dos idosos seja portadora de, pelo menos, uma doença crónica, nem todos ficam limitados por essas doenças, e muitos levam vida perfeitamente normal, com as suas patologias controladas”. Tendo em conta esta realidade, a toma de medicação faz parte integrante do dia-a-dia da maioria dos idosos. Roach (2003) reforça que “25% de todas as prescrições são feitas para pessoas idosas”, tornando-as as grandes consumidoras de terapêutica.

A questão da polimedicação surge assim, muito associada aos idosos, facto confirmado por Ferreira (2007), cujos “principais factores implicados são: múltiplos problemas de saúde, multiplicidade prescritores (e falta de coordenação entre eles), pouca atenção prestada a terapêuticas não medicamentosas, automedicação, publicidade medicamentosa e factores socioeconómicos” (Antunes, 2000; McVeigh, 2001). Neste estudo, todos os utentes do sexo feminino tomavam medicação em ambulatório (100.0%). Cerca de 80% dos idosos tomavam entre 1 a 4 medicamentos. O número de fármacos máximos identificados foi de 6 e o mínimo de 0 (zero). A média de fármacos consumidos diariamente foi de 2,67, sendo que os fármacos mais consumidos reportam as patologias mais frequentes, com predomínio das patologias referentes aos Sistemas Cardiovascular (Anti-

hipertensores – 72.0%, Antidislipídicos – 38.4% e Anticoagulantes/Antitrombóticos – 26.2%) e endócrino (Antidiabéticos Orais/Insulinas com 34.0%). Importante salientar os ansiolíticos/sedativos com 21.3%. Também Ferreira (2007) detectou prevalência do consumo de medicamentos, mais elevado no sexo feminino (67.2%) do que no sexo masculino (53.8%) e que os fármacos Anti-hipertensores foram os mais usados assim como os psicofármacos, e com relativo consumo, na sua amostra, os antidislipídicos, Anticoagulantes, Antitrombóticos. Segundo Antunes P. cit. por Cima, Freitas, Lamas, Mendes, Neves, Fonseca (2011) num estudo da sua lista de utentes, o consumo de medicação crónica foi superior nas mulheres e idosos e o consumo médio de fármacos foi de 2.38, os fármacos mais utilizados acima dos 45 anos foram os anti-hipertensores

O consumo crónico de medicamentos e a polimedicação foram mais prevalentes nos idosos, um resultado esperado dado que este grupo etário apresenta maior co-morbilidade, assim como o maior consumo por parte das mulheres o que coincide com outros estudos realizados. Tal como no estudo realizado no Centro de Saúde S. João no Porto em 2004 foi percebido que as diferenças de consumo se revelaram independentes da idade (Ferreira, 2007).

A medicação pré-operatória mais utilizada foram os ansiolíticos/sedativos acima dos 35% para ambos os escalões etários, o que se pode apontar para os baixos índices de confusão e agitação no pós-operatório. Pereira *et al* (2006) confirma que pacientes com grande ansiedade podiam ser facilmente controlados pela sedação pré-anestésica.

Já no intraoperatório, a medicação administrada reflecte as implicações detectadas. Há que reconhecer uma percentagem elevada 72.0% (n=118) de Analgésico/Antipiréticos, no sentido de colmatar ou mesmo prevenir, situações dolorosas. Com 19.5% (n=32) surgem os anticolinérgicos, nomeadamente a Atropina, muito utilizada em situações de Bradicardia induzida pela anestesia ou outros fármacos. Não menos importante, surgem os antibióticos utilizados de forma profiláctica com 10.4% (n=17) e os Corticosteróides, designadamente a hidrocortisona, utilizada em situações de extubação e/ou broncospasmo com 9.8% (n=16). Por último, surgem os adrenérgicos, numa percentagem baixa de 6.7% (n=11) nomeadamente a efedrina utilizada no tratamento ou prevenção da hipotensão arterial associada a anestesia.

O pós-operatório, veio mais uma vez confirmar a importância da dor, sendo que os fármacos mais consumidos pelos idosos são os que reportam o controlo analgésico. Pasero

cit. por Boehnlein & Marek (2003^b) refere que no período pós-operatório, “a dor pode ser mais intensa e mais prolongada” em doentes idosos do que em doentes mais jovens. Esta situação não se apurou no estudo em questão, uma vez que predominou a dor ligeira. Laurino Neto *et al* (2004) realizou um estudo onde confirma que no período pós-operatório precoce 8.2% dos utentes referiram dor de média intensidade. Poder-se-á entender, perante os resultados que esta não é uma cirurgia muito dolorosa, sem esquecer o carácter subjectivo da dor e a sua dificuldade de avaliação. No entanto, Lusi, citado por Boehnlein & Marek (2003^b) relata que os idosos poderão “queixar-se de menos dores, por serem menos capazes de distinguir os vários graus de dor” e terem menos sensibilidade à dor, especialmente no que se refere à dor de cabeça, dor abdominal e dor fascial (DGS, 2001). De certa forma, as queixas foram colmatadas com analgesia, analgésicos /antipiréticos em quase 100.0% (98.2%) dos idosos, AINES (30.5%) e analgésicos não Opióides (27.4%). Outro aspecto igualmente importante é definir-se o tipo de dor, se neuropática ou somática, pois têm fisiopatologia e tratamento diferentes (Minossi, Lázaro da Silva, Spadella, 2008). Para tal a utilização da escala de dor adequada ao tipo de doente é primordial (normalmente VAS - Visual Analogic Scale – convertida em escala numérica para efeitos de registo, de acordo com a DGS, 2003), assim como os respectivos registos com localização, intensidade, tipo de dor, factores de alívio e agravamento. Este estudo não abordou a dor crónica, mas segundo *Hernia Society Guidelines* (Simons, Aufenacker, Bay-Nielsen *et al*, 2009) também se encontra descrita, com incidência global de cerca de 10-12%, de grau moderado, embora ressaltando que o risco de dor crónica após cirurgia, diminui com a idade, e quando presente pode limitar o rápido regresso à actividade diária.

Relativamente às recidivas de hérnias identificaram-se 23.2%, sendo que a maioria, 73.8% foi a intervencionada pela primeira vez a cura Cirúrgica de Hérnia da Parede Abdominal. Neumayer *et al* (2004) publicou um estudo comparativo de abordagem de técnicas operatórias de Hérnias (laparotomia vs laparoscopia) em que concluiu que as cirurgias por via laparoscópica apresentavam maior taxa de recorrência.

Jansen, Klinge, Jansen, Junge (2009) constataram no seu estudo que a recorrência da hérnia depende de múltiplos factores, nomeadamente da história familiar, ou seja obtiveram uma maior incidência de hérnias recorrentes em doentes com história familiar, quando comparado com doentes com hérnias primárias.

Tal como o tempo cirurgia, também o tempo de anestesia mais predominante foi o que oscilou entre os 30 e os 60 minutos, para ambos os escalões etários. De referir, o tempo de anestesia que oscilou entre $\geq 60 < 90$ minutos, foi superior com 33% para o escalão etário dos [65-74] em relação aos mais velhos com 20%. Por outro lado, os mais idosos apresentaram um percentual mais elevado com 12.7%, nas anestésias superiores a 90 minutos. Tanto no tempo de cirurgia como no tempo de anestesia, não se verificaram diferenças significativas.

Neste estudo prevalece a anestesia geral, seguido da anestesia loco-regional o que esta de acordo com a literatura consultada (Bay-Nielsen & Kehlet, 2008). A anestesia geral continua a ser a anestesia de eleição, nomeadamente em situações de ambulatório (Kopp & Horlocker, 2010), no entanto em cirurgias de correcção de hérnias, já muito se especula sobre a utilização da anestesia local devido a existência de poucas complicações operatórias, risco mínimo recidiva, e o retorno mais rápido possível do doente às suas actividades diárias (Laurino Neto *et al*, 2004) e redução dos custos hospitalares. Esta situação não se verificou no estudo. A sedação, embora técnica menos utilizada, cerca 10% neste estudo, já é comparada em termos de segurança com a anestesia local (Bay-Nielsen & Kehlet, 2008).

“A herniorrafia é um procedimento cirúrgico menor, estando descrito a não existência de grandes complicações” (Bay-Nielsen & Kehlet, 2008) sistémicas, podendo estas estar relacionadas com diminuição de parâmetros fisiológicos e a presença de comorbilidades.” (Kurzer, Kark, Hussain, 2009; W. Yang *et al*, 2009).

Neste estudo as complicações mais frequentes são a nível dos sinais vitais, nomeadamente a Dor (97.6%) e Hipotermia (34.8%), depois seguiram-se as complicações cardiovasculares como a HTA (24.4%) e Bradicardia (14.6%). Relacionado com o Sistema Respiratório, a Saturação de Oxigénio inferior a 90% com ar ambiente surgiu em 26.8%. Com 17.7% ocorreu retenção urinária. Surgiram em menor número, algumas manifestações digestivas como náuseas (11.0%), vómitos (8.5%), complicações hematológicas como hematomas (9.8%) e hemorragias (11.0%) e a nível comportamental detectou-se o aparecimento de agitação (10.4%) e confusão (4.3%). Verificaram-se diferenças com significado estatístico entre os dois grupos considerados nas complicações bradicardia ($p=0.021$) e a saturação de oxigénio $> 90\%$ ($p = 0.006$), hemorragia ($p=0.036$) e retenção urinária ($p = 0.038$). Mendonza & Peniche (2009) realizaram um trabalho de revisão de

literatura sobre as complicações cirúrgicas dos doentes idosos, em que se demonstrou que 50% estudos relatam a dor, seguida de náuseas e vômitos em 14.3% dos estudos, no período pós-operatório.

Náuseas, vômitos e retenção urinária são descritos como alguns dos efeitos da anestesia loco-regional (Kopp & Horlocker, 2010; Lima Neto, Goldenberg, Mário & Jucá (2003), mas também como alguns dos efeitos adversos dos opióides. (Kopp & Horlocker, 2010). Náuseas e vômitos podem também ser desencadeadas pela dor (Meeker, Rothrock, 1997). Outras complicações como hematoma (3.3%) e hemorragia (3.3%) foram detectadas por Lima Neto, Valente, Goldenberg, Jucá (2003).

Reportando o gráfico 19, onde também se verificaram situações de hipotensão arterial, estão descritas como complicações da anestesia geral e epidural, por dilatação dos vasos sanguíneos periféricos. (Boehnlein & Marek, 2003^b). Neste trabalho foram detectadas situações de HTA. Para Rocha, Rocha (2000) as variações de valores tensionais podem ocorrer em situações distintas do acto cirúrgico; subindo durante a indução anestésica (Boehnlein & Marek, 2003^b), diminuindo com o aprofundamento da anestesia e aumentando novamente no período de recuperação.

A hipotermia ocorre quando a temperatura corporal baixa dos 36°C, sendo uma complicação comum durante a anestesia geral. “A sua ocorrência está relacionada com a inibição directa da termorregulação pelos anestésicos, à diminuição do metabolismo, e à perda de calor para o ambiente frio das cirúrgicas”. (De Mattia, Faria Maia, Santos Silva, De Oliveira, 2010). Na anestesia regional também é frequente a hipotermia no entanto, surge mais associada à magnitude e da duração do procedimento cirúrgico. (Biazzotto, Brudniewsk, Schmidt, Júnior, 2006)

Certos autores (Stabilini, De Salvo, Frascio *et al*, 2009) concluíram num estudo que a mortalidade e a morbilidade, não estão relacionadas com a idade, mas sim com o tardio diagnóstico e presença de co-morbilidades apresentadas pelos idosos. Este facto também foi confirmado neste estudo. A idade não está directamente relacionada com as complicações, no entanto confirmou-se a existência de diferenças estatísticas entre o score de vulnerabilidade e os grupos etários considerados ($p=0.001$). Ou seja os scores 0 e 1 foram mais elevados nos idosos mais jovens, enquanto os scores 2, 3, 4, 5 apresentaram percentuais mais altos nos mais idosos.

No início do século, o tempo médio de internamento para cirurgias de hérnias inguinais era elevado, cerca de 21 dias. (Laurino Neto, Buchman & Messias, 2004) No entanto, a melhoria de técnicas cirúrgicas e anestésicas associadas à filosofia actual, de não internamento levou a uma redução destes tempos, havendo mesmo a possibilidade de a cirurgia ser efectuada em ambulatório. Neste trabalho, verificamos que embora a maioria dos doentes operados (60.4%) permanecesse no hospital por mais de 48h, importa salientar e indo de acordo ao atrás exposto, 8.5 % dos idosos foram intervencionados em regime de ambulatório, ou seja tempo de internamento inferior a 24h e 31.1% permaneceram no hospital entre 24-48h, constatando-se uma redução dos tempos de internamento. Herrera *et al* (2010) corrobora esta ideia que os internamentos de curta duração são um procedimento adequado em idosos, na medida em que aumenta o conforto do doente, reduz o risco de infecções hospitalares, além de reduzir as listas de espera e custos.

5. CONCLUSÕES

O aumento da população de idosos e a sua participação mais activa na sociedade tem contribuído para modificar a perspectiva com que a velhice e o envelhecimento são encarados. Nos tempos actuais, pelo menos as sociedades mais desenvolvidas, asseguram aos seus idosos uma impressionante quantidade de benefícios sociais, que inclui dispositivos médicos, técnicas progressistas e tecnologia avançada para fazer face aos cuidados necessários.

Neste trabalho foi possível concluir que as características dos idosos que participaram no estudo estão de acordo com a literatura consultada. São pessoas idosas com idades entre os 65 e os 88 anos, com patologias diversas, com predomínio de 3-4 doenças, nomeadamente do foro cardiovascular e polimedicados (1-4 medicamentos), mas que quando compensados e devidamente avaliados, podem ser submetidos a cirurgia, sem grandes complicações. A cirurgia mais frequente é a Correção Cirúrgica de Hérnia Inguinal. As complicações encontradas com maior expressividade foram a Dor, embora a intensidade mais manifestada fosse a ligeira. Este aspecto pode levar a pensar que a cirurgia é pouco dolorosa, ou a sensibilidade dos idosos à dor é menor. Mas, sendo a Dor uma experiência subjectiva e difícil de avaliar, deve ser continuamente monitorizada e registada, recorrendo para tal a utilização de escalas apropriadas a cada utente, constantes na Norma nº2 – Avaliação e Registo da Dor no Adulto (2013), de forma a melhorar o grau de intervenção. Menos expressivas, mas igualmente importantes surgiram a Hipotermia, a Hipertensão Arterial, a Saturação de Oxigénio inferior a 90%, a Bradicárdica. Com diferenças estatísticas a nível da complicação Bradicardia ($p=0.021$) e a Saturação de Oxigénio $> 90\%$ ($p=0.006$). Outras complicações foram encontradas, embora de forma menos expressiva, com relevância estatística como a Hemorragia ($p=0.036$) e Retenção Urinária ($p=0.038$).

Face aos resultados obtidos é possível afirmar que o factor idade e a presença de comorbilidades não devem ser vistos como um obstáculo à realização de cirurgias de correção de hérnias. Por outro lado, a monitorização dos sinais vitais, onde se insere a Dor, deve ser uma constante, vai permitir aos profissionais de saúde identificar uma propensão para Vulnerabilidade, apresentado sob a forma de Score no presente trabalho. Este manifestou diferenças significativas a nível dos dois grupos etários considerados ($p=0.001$). Este Score vai possibilitar sinalizar quais os idosos com maior susceptibilidade de ocor-

rência de complicações. Tirando partido desta informação seria desejável sensibilizar os profissionais de saúde, para as especificidades e características dos idosos que ocorrem às instituições hospitalares no sentido de melhor actuar e prevenir complicações tendo sempre em vista uma melhor qualidade de vida e um regresso o mais breve possível as suas rotinas.

Em suma, os cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato centram-se na manutenção da ventilação e controlo da oxigenação, manutenção da circulação prevenção do choque e controlo da dor, mas os idosos exigem mais atenção e vigilância devido á possibilidade de ocorrência de complicações, nomeadamente as relacionadas com os parâmetros vitais.

É de salientar a escassez de estudos sobre os idosos portugueses, em meio hospitalar pelo que este estudo se torna oportuno para um melhor conhecimento das características dos idosos portugueses. Seria de todo pertinente, com a informação obtida dar continuidade a este trabalho, no sentido de efectuar um Impresso com Escala para medir o Score de Vulnerabilidade e aplica-lo nos serviços, com o objectivo de proporcionar aos profissionais de saúde uma maior visibilidade e oportunidade de detectar eventuais doentes em maior risco de complicações pós-operatórias.

Um aspecto menos positivo relacionado com a obtenção de informação para a realização deste trabalho teve a ver com a colheita de dados. O processo do doente é de difícil pesquisa, pois existem vários formulários dispersos onde se encontra a informação, além de que não existe uniformização dos mesmos.

6. BIBLIOGRAFIA

- Aldrete JA; Kroulik D. A postanesthetic recovery score. *Anesth Analg* 1970; 49 (6): 924-34
- Antunes P. Medicação crónica numa lista de utentes. *Rev. Port Clin. Geral* 2000; 16: 113-24.
- Aparasu R, Mort J. & Brandt, H. Polypharmacy trends in office visits by the elderly in the United States, 1990 and 2000. *Research in Social & Administrative Pharmacy* 2005; 1(3): 446-59.
- Aquino RB, Souza ACA, Argimon IL, Santos PFR. Effects of General Anesthesia in Elderly Patients' Memory and Cognition. *Revista Brasileira de Anestesiologia* 2004 Setembro-Outubro; 54 (5): 687 – 692.
- Bailes BK. Perioperative care of the elderly surgical patient. *AORN J* 2000; 72(2):186-207.
- Baltes P B, Baltes MM. Psychological perspectives on sucessful aging: The model of selective optimization with compensation. In Baltes PB, Baltes MM eds, *Sucessful aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. New York: Cambridge University Press; 1990. Pp 1-34.
- Bassanezi BSB, Filho AGO. Analgesia pós-operatória. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2006 Março/Abril; 33 (2).
- Bay-Nielsen M, Kehlet H. Anaesthesia and post-operative morbidity after elective groin hernia repair: a nation-wide study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008; 52: 169– 174.
- Beauvoir, Simone. *A velhice: realidade incômoda*. São Paulo: Difusão Europeia do livro; 1970.
- Beers MH et al. The Merck Manual of Health & Aging. New Jersey: Merck & Co, Inc; 2004.
- Biazzotto CB, Brudniewski M, Schmidt AP, Júnior JOCA. Hipotermia no Período Peri-Operatório. *Revista Brasileira de Anestesiologia* 2006; 56(1): 89-106.
- Boehnlein MJ, Marek JF. Enfermagem no Intra-Operatória. In Phipps WJ, Sands JK, Marek JF. *Enfermagem Médico - Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6ªed. Loures: Lusociência; 2003^a. pp. 549-586.
- Boehnlein MJ, Marek JF. Enfermagem no Pós-Operatória. In Phipps WJ, Sands JK, Marek JF. *Enfermagem Médico - Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6ªed. Loures: Lusociência; 2003^b. pp. 587- 615.
- Botelho, MA. *Autonomia Funcional em Idosos. Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano* (1ª ed.) 207 pag. Porto: Laboratórios Bial 2000.
- Botelho, Maria Amália. Idade Avançada – características biológicas e multimorbilidade. *Revista Portuguesa Clínica Geral* 2007; 23:191-195.
- Britto da Motta, Alda. Visão Antropológica do Envelhecimento. In Viana Freitas, EPYL, Cançado, FAX, Doll, J, Gonzoni, ML (2º Ed) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 2006. pp.78-82.

Broadman LM, Ririce LJ, Hannallah RS. Testing the validity of an objective pain scale for infants and children. *Anesthesiology* 1998; 69 (3): 770.

Cancela DMG. O processo de envelhecimento. *Portal dos Psicólogos* [on-line] 2008. Disponível em : <http://www.psicologia.com.pt>

Carrilho, M, Patrício JL. A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos* 2005; 39:111-140.

Carvalho M. *Dor: um estudo Multidisciplinar* (2ªed.). São Paulo: Summus editorial; 1999.

Cavanaugh J. *Adult development and Aging* (3ªed). Pacific Grove: Brooks/Cole; 1997.

Cima CIF, Freitas RSA, Lamas MCM, Mendes CASL, Neves AC, Fonseca C. Consumo de medicação crónica Avaliação da prevalência no norte de Portugal. *Rev Port Clin Geral* 2011;27:20-7.

Colégio brasileiro de Cirurgia Digestiva, *Guia de Orientação para pacientes com Hérnia Inguinal*, São Paulo.

Colvin LA. Pain management and quality in healthcare. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 2001; 15(4):633-53.

Constant I, Bonnet F. Consequências fisiopatológicas da dor pós-operatória. In: Bonnet F. *A dor no meio cirúrgico*. Porto Alegre-Brasil: Ed. Artes Médicas Sul Ltda;1993 pp.71-81.

Costa, MFL. Tipos de estudos epidemiológicos: Conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Rev Epidemiol Serviços Saúde* 2003; 12 (4): 189-201.

Delafuente JC. Understanding and preventing drug interactions in elderly patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 2003; 48 (2): 133-43.

DeLamar, LM. Anestesia in Rothrock, JC Alexander – *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. 13ª ed. Loures: Lusodidata; 2008. pp100-129.

De Mattia, AL, Faria Maia, L, Santos Silva, S, De Oliveira, TC. Diagnósticos de enfermagem nas complicações em sala de recuperação anestésica. *Enfermería Global* 2010; 18.

Direcção Geral de Saúde. *Guias para as pessoas Idosas: A dor crónica de origem não maligna*. Lisboa: DGS; 2001, n.7.

Direcção Geral de Saúde (DGS). *Dor como 5º Sinal Vital- Registo sistemático de intensidade da Dor*. Lisboa: DGS; 2003.

Direcção geral de saúde (DGS). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS; 2004; n.13.

Direcção Geral de Saúde (DGS). *Saúde em Portugal. Indicadores básicos*. Lisboa: DGS; 2005.

Direcção Geral de Saúde (DGS). *Actualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa: DGS; 2006, n.3.

Espanadeira, Raquel – Diferentes formas de envelhecer... [edição on line]. Disponível em <http://www.ajudas.com/notver.asp?id=2570>.

Fein Alan. *Nociceptores: As células que sentem dor*. Ribeirão Preto – SP: Dor On Line; 2011. Disponível em: <http://www.dol.inf.br/nociceptores>

Ferreira, Rute. Consumo crónico de medicamentos na população de um Centro de Saúde. *Rev Port Clin Geral* 2007 (Mar-Abr); 23:125-132.

Ferreira OGL, Maciel SC, Silva AO, Da Nova Sá RC, Moreira MASP. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. *Psico-USF* 2010 (Set./ Dez.); 15 (3): 357-364.

Fialová D, Topinková E, Gambassi G. Potentially Inappropriate Medication Use Among Elderly Home Care Patients in Europe. *JAMA* (March 16) 2005; 293 (11): 1348-1358.

Fonseca AM. *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores; 2005.

Fonseca AM. *O Envelhecimento: Uma abordagem Psicológica*. (2ed.) Lisboa: Universidade Católica Editora, 2006.

Fontaine R. *Psicologia do Envelhecimento*. (1ed.) Lisboa: Climepsy Editores; 2000.

Fortin M F. *O processo de Investigação da Concepção à realização*. Loures: Lusociência; 1999.

Frazier SC. Health Outcomes and polypharmacy in elderly individuals. *Journal of Gerontological Nursing* 2005 Setembro; 31(9):4-11.

Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *Journal of Gerontology medical science*: 2004; 59(3):255-263.

Gagliese L, Melzack R. Chronic pain in elderly people. *Pain* 1997; 70:3-14.

Garcia MAA, Yagi GH, Souza CS, Odoni APC, Frigério RM, Merlin SS. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2006; 14(2), 175-182.

Gibson SJ. Older People's Pain. *Pain (Seattle)* 2006; 14 (3).

Gil AC. *Método e técnicas de pesquisa social*. 5ª Edição. São Paulo: Editora Atlas S.A. 1999.

Gonçalves F. Dor Oncológica. In Portela, j. L. & Neto, I. G., *Dor e Cuidados Paliativos*. Lisboa: Permanyer Portugal; 1999. pp. 9-21.

Helgeson VS, Mickelson K. Coping with chronic illness among the elderly: Maintaining self-esteem. *PERSP BEH M*, 2000, pp. 153-178.

Henriques MAP. *Adesão ao regime terapêutico em idosos*. Programa de Doutoramento em Enfermagem Revisão sistemática da literature (2004-2006). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2006.

Herrera, Pablo Gonzalo Pol; Rodríguez, Pedro Rolando López; González, Olga León; et al. Cirugía de la hernia inguinal en la tercera edad: ambulatoria y con hospitalización corta. *Revista Cubana de Cirugía* (Wellington) 2010; 201.

Hesse, Hermann. *Elogio da velhice*. Lisboa: Difel. 2002.

Hoffman C, Rice D, Sung HY. Persons with chronic conditions, their prevalence and cost. *JAMA* 1996; 276, (18):1473.

Instituto nacional de Estatística (INE). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio- económica recente das Pessoas Idosas. *Revista de Estudos Demográficos (Lisboa)* 2002; 32:185-208. Disponível <http://pt.scribd.com/doc/2373736/envelhecimento-emportugal>

Instituto Nacional de Estatística (INE). Projeções de população residente em Portugal 2008-2060. Lisboa: INE, 2009. Disponível em: <http://www.ine.pt> _

Instituto Nacional de Estatística (INE). XV Recenseamento geral da População - Censos 2011. Lisboa: INE, 2012. Disponível em: <http://www.ine.pt/>

International Association for the Study of Pain (IASP). Facts on Pain in Older Persons 1994[online] www.iasp-pain.org

Jansen PL, Klinge U, Jansen, M, Junge, K. Risk factors for early recurrence after inguinal hernia repair. *BMC Surgery* 2009; 9: 18: 1-15

Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, 21:200-10, 1987.

Kane RL, Kane RA, Arnold SB. Prevention and the Elderly: Risk Factors. *Health Services Research* 1985; 19 (6):946-1005.

Kopp SL, Horlocker TT. Regional anaesthesia in day-stay and short-stay surgery. *Anaesthesia*, 2010; 65 (1):84–96.

Kurzer M, Kark A, Hussain ST. Day-case inguinal hernia repair in the elderly: a surgical priority. *Hernia* 2009; 13:131– 136.

Laurino Neto RM, Buchmann AACM & Messias LRR. Tratamento cirúrgico das hérnias inguinais sob anestesia local em ambulatório. *Rev. Col. Bras. Cir.*2004;31 (2): 102-106.

Leme PLS, Turatti RC. Quem fuma tem mais chance de apresentar hérnia inguinal? *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(3): 257-77.

Lemos P, Alves E, Regalado A, Soares J. Que tipo de Cirurgia é realizado em regime de ambulatório em Portugal? Resultados do III inquérito nacional. *Rev. Port. Cirurgia Ambulatória* 2005; 6 (5): 39.

Lima Neto, VE, Goldenberg A, Jucá MJ. Resultados imediatos da herniorrafia inguinal com anestesia local associada com sedação. *Acta Cirúrgica Brasileira* 2003; 18 (5).

Lubkin IM. *Chronic illness: Impact and interventions* (3 Ed). Boston: Jones and Bartlett; 1995.

Maia FOM, Duarte, YAO, Lebrão ML & Santos, JLF. Factor de risco para mortalidade em idosos. *Revista Saúde Pública* 2006.

- Marek JF, Boehnlein MJ. (2003) Enfermagem no pré-operatório. In: Phipps WJ, Sands JK, Marek JF. *Enfermagem Médico - Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6ªed. Loures: Lusociência; 2003. pp. 525- 546.
- Martín Morales J. Cirugía mayor ambulatoria: una transformación necesaria. *Cirurgía Mayor Ambulatoria* 1996; 1:133.
- Mcveigh D. Polypharmacy in the older population: recommendations for improved clinical practice. *Topics in Emergency Medicine* 2001; 23, (3): 68-75.
- Meeker MH, Rothrock JC. Alexander. Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. Cap. 6 e 8.
- Melzack R, Wall P. *The Challenge of Pain*. New York : Penguin Books, 1996.
- Mendonça T, Leitão T, Pereira S, Reis P & Lopes T. A unidade de cirurgia ambulatoria do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte – experiência preliminar. *Acta Urológica* 2010; 3:27-32.
- Mendoza IYQ & Peniche ACG. Conhecendo o perfil do idoso cirúrgico. *Saúde Coletiva* 2009; 06 (30): 104-108.
- Minossi JG, Lázaro da Silva A, Spadella CT. O uso da prótese na correção das hérnias da parede abdominal é um avanço, mas o seu uso indiscriminado, um abuso. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2008 (Nov. / Dez); 35 (6): 416-424.
- Moraes LO, Peniche ACG. Assistência de Enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. *Rev Esc Enferm USP* 2003; 37(4): 34-42.
- Morris DL. A Prática de Enfermagem junto dos idosos. In Phipps WJ, Sands J K, Marek JF. *Enfermagem Médico - Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* 6ªed. Loures: Lusociência; 2003. pp.81-106.
- Morrison RS, Magaziner J, McLaughlin MA, et al. The impact of post-operative pain on outcomes following hip fracture. *Pain* 2003; 103:303-11.
- Mota Pinto A, Botelho MA. Fisiopatologia do Envelhecimento e multimorbilidade. *Rev Port Clin Geral* 2007;23:191-195.
- Motta E. Envelhecimento social. *A Terceira Idade*. São Paulo: SESC 1989 (Out.); 2 (2).
- Napier T, Olson J, Windmiller J & Treat J. A long-term follow-up of a single rural surgeon's experience with laparoscopic inguinal hernia repair. *WMJ: Official Publication Of The State Medical Society Of Wisconsin* 2008; 107(3):136-139.
- Neumayer L, Giobbie-Hurder A, Jonasson O, et al. Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia. *New Engl J Med* 2004; 2: 1819-1827.
- Netto MP. O estudo da velhice: Histórico, Definição do Campo e termos básicos. In Freitas EV, PY L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. *Tratado de Geriatria e Gerontologia* 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006; 2-12.

Nocite JR. Recuperação Pós-anestésica: aspectos gerais. *Rev Bras Anesthesiol* 1987;37 (3): 159-567.

Nunes TA. Limites da cirurgia no paciente idoso. In: Petroniau A.& Pimenta L. G. *Cirurgia geriátrica*. Rio de Janeiro: Medsi; 1998. pp. 309-313.

Operative complications. **Medical Dictionary** (on line). Califórnia; 2004. Disponível em: <http://cancerweb.ncl.ac.uk/cgi-bin/omd?complication>

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos*. Informe de un grupo científico de la OMS sobre la epidemiología del envejecimiento. Ginebra: OMS; 1984.

Organização Mundial de Saúde (OMS). *A life course perspective of maintaining independence in older age – Aging and Health*. Geneve: WHO; 1999.

Organização Mundial de Saúde (OMS). *The world health report*. Geneve; 2001.

Organização Mundial de Saúde (OMS). *Active ageing: a policy framework*. [on-line] Geneve: WHO; 2002^a. <http://www.euro.who.int>

Organização Mundial de Saúde (OMS). *Innovative Care for Chronic Conditions. Building Blocks for action*. Geneve: WHO, 2002^b.

Organização Mundial de saúde (OMS). *Envelhecimento activo: uma política de saúde*. WHO: 2005

Organización Panamericana de la Salud (OPAS). *Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores* (3^a ed.). Washington: OPAS; 2003.

Passos R, Neto AP. Adversidades na cirurgia do idoso, 2002. Disponível em: <<http://www.sbcm-rj.org/sbcm-rj/artigos/idoso.htm>

Patti R, Picone E, Aiello P, Sammartano S, Migliore G, Di Vita G. Quality of life in elderly patients after inguinal hernioplasty. *BMC Geriatrics*; 2009, 9 (1).

Paul C, Fonseca AM. *Envelhecer em Portuga – Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (1^o ed.). Lisboa: Climepsi Editores; 2005.

Peña Vera, T, Morillo, J. La Complejidad de Análisis Documental. *Información, Cultura y Sociedad*; 2007; 16: 55-81.

Pereira JCR, Trugilho JCV, Eulálio JMR, Jamel, N. Avaliação do tratamento da hérnia inguinal sob anestesia local e sedação em 1560 pacientes. *Rev Col Bras Cir* [periódico na Internet] 2006;33 (6).

Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão *Rv.latino-am.enfermagem*. 1998 (Julho); 6 (3): 77-84.

Petroianu A, Pimenta LG. *Clínica e Cirurgia Geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koo-
gan; 1999.

Petroianu A. Cirurgia no Paciente Idoso *Rev. Col. Bras. Cir.* 2008 Mai. / Jun.; 35 (3):153-154.

- Pimenta CA, Portnoi AG. Dor e cultura. In: Carvalho, M. M.M.J. *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo, Summus;1999. pp. 159-173.
- Pimenta CA, Santos EMM., Chaves LM, Martins LM, Gutierrez, BAO. Controle da dor no pós-operatório. *Rev.Esc.Enf. USP* 2001 Jun.; 35 (2): 180-183.
- Pitrez FAB, Pioner SR, Lemchen H, Irigaray, JH & Nunes e Silva D. Aspectos Actuais da Herniorrafia no Idoso. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias* 1999; 27 (1): 45.
- Primavesi, AB. Morfina peridural: analgésico pós-operatório. *Revista Brasileira Anestesia* 1986;36 (4): 299-302.
- Pollit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- Ramos L R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *São Paulo Cad.* 2003 (Mai-Jun); 2003 19(3): 793-798.
- Rauchbach R. *Actividade física para a terceira idade*. Curitiba: Lovise; 1990.
- Read RC. Inguinal Herniation in the adult, defect or disease: A surgeon's odyssey. *Pioneers on Hernia surgery* 2004; 8: 296-299.
- Rendas AB. Adaptações normais e patológicas do organismo Humano durante o envelhecimento - "Idade biológica"versus "Idade "cronológica". In *Envelhecer Vivendo 2001*. Pp 48-56.
- Roach S. *Introdução à enfermagem gerontológica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- Rocha JC, Rocha AT. Abordagem pré-operatória do paciente hipertenso: riscos e orientações. *Rev Soc Cardiol* 2000; 10 (3): 311-6.
- Rosa M. *Psicologia evolutiva: psicologia da idade adulta*. Petrópolis: Vozes; 1983.
- Saenger MED, Menezes HS, Consoni P, Hekman P. Análise das Internações Cirúrgicas em Idosos, em um Hospital Geral. *Arquivos Médicos* (Canoas) 2005; 8 (2): 5-19.
- Sands JK, Wilson A. Promoção de estilos de Vida Saudáveis. In Phipps WJ, Sands JK, Marek JF. *Enfermagem Médico - Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* 6ªed. Loures: Lusociência; 2003. pp 57- 79.
- Santos CMO, Brites PCC. Doente idoso com Dor: Perspectiva de enfermagem. *Geriatrics* 2003 (Março/Abril),15 (152): 30-36.
- Santos I, Botelho A, Borges A, Capela A, Nora D, Marques F, Frazão G, Bogalho I, Queirós UM, Alfarroba S, Libório T. Comorbilidade e funcionalidade – Estudo Observacional de um coorte de doentes. *Acta Med Port.* 2009; 22(6): 779-788.
- Sequeira C. *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel; 2010. pp 22-35.
- Silva, AC et al. *Problemas do idoso, um desafio social*. São Paulo: Editora da USP; 1984.
- Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia* 2009; 13:343– 403.

- Sloan, M. Reparação de Hérnias. In Rothrock JC, Alexander. *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. 13ªed. Lisboa: Lusodidacta; 2007.
- Sloman R, Rosen G, Rom M, SHIR Y. Nurses' assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 52 (2):125-132.
- Sorensen LT, Hemmingsen UB, Kirkeby LT, Kallehave F, Jorgensen LN. Smoking is a risk factor for incisional hernia. *Arch Surg*. 2005; 140 (2):119-123.
- Sørensen LT. Effect of lifestyle, gender and age on collagen formation and degradation. *Hernia*. 2006; 10: 456-81
- Sperandio WT, Queros T, Soares RP, Kelmann G, Bernardo WM. Quais os Fatores de Risco para Hérnia Inguinal em Adulto? *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54(2): 95-104.
- Stabilini C, De Salvo L, Frascio M, Fornaro R, Azzinnaro A, Mandolino F, Ricci B, Gianetta E. Surgery in patients older than 70 years: predictive factors of postoperative outcome. *BMC Geriatrics* 2009; 9 (1).
- Steverink N, Westerhof GJ, Bode C, & Dittmann-Kohli F. The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2001; 56(6):364-373.
- Straand, Jorund, et al. A cluster randomized educational intervention to reduce inappropriate prescription patterns for elderly patients in general practice. *BMC Health Services Research* 2006; 6 (72): 1-31.
- Timby B. *Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem*. Porto Alegre: Editora Artmed; 2001.
- Tomasi NGS, Yamamoto RM. *Metodologia da pesquisa em saúde*. Fundamentos essenciais. Curitiba: 1999. cap. 03.
- Trindade EN, Trindade, MRM. Uso de telas na cirurgia da hérnia inguinal. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(2): 127-43.
- Veras RP. A necessária gestão qualificada na área da saúde: decorrência da ampliação do segmento etário dos idosos. *J Bras Econ Saude*. 2011;3(3): 31-9.
- Vila VSC, Mussi FC. O alívio da dor de pacientes no pós-operatório na perspectiva de Enfermeiros de um centro de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP* 2001; 35(3): 300-307.
- Vilela de Lima LC, Bueno CMLB. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosos no Brasil. *Revista Saúde e Pesquisa* 2009 (Maio/Ago); 2(2):273-280.
- W. Yang *et al* (2009) Amyand's Hernia in Elderly Patients: Diagnostic, Anesthetic, and Perioperative Considerations *Journal of Investigative Surgery* 2009; 22. pp 426-429.
- Watt-Watson JH. Dor e controle da Dor In: Phipps WJ, Sands J K, Marek JF. *Enfermagem Médico - Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* 6ªed.Loures: Lusociência; 2005. pp363- 392.

Wilhelmson K, Duner A, Eklund K, et al. Design of a randomized controlled study of a multi-professional and multidimensional intervention targeting frail elderly people. *BMC Geriatrics* 2011; 11:24

Willians CM. Using medications appropriately in older adults. *Ame Fam Phy* 2002 Nov.; 66 (10):1917-1924.

Wyles H, Rehman H. Inappropriate polypharmacy in the elderly. *European Journal of Internal Medicine* 2005; 16 (5):311-3.

Zallon ML. Nurses' assessment of postoperative patients' pain. *Pain* 1993; 54: 329-334.

Zhan, Chunliu. Potentially inappropriate medication use in community dwelling elderly. *JAMA* 2001; 286 (22):2823- 2829.

7. ANEXOS

Anexo A – Pedido de autorização da recolha de dados na Instituição CHLN- Hospital Pulido Valente;

Anexo B – Pedido de autorização a solicitar o parecer da Comissão de Ética para a pesquisa de dados nos processos Clínicos dos utentes;

Anexo C – Pedido de autorização a solicitar a concessão de dias para efectuar a pesquisa de dados;

Anexo D – Parecer da extensão do prazo de Entrega da Tese ao Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa/Faculdade Nova Lisboa.

Anexo A - Pedido de autorização da recolha de dados na Instituição CHLN - Hospital Pulido Valente

AutORIZADO pelo
Direcção de Enfermagem.
Ao Dr. Pereira Albino
para para a.
Catarina Bataça
Enfermeira Directora
10/11/25

Exma. Sra. Enfermeira Directora do
CHLN/Hospital Pulido Valente

Dr. J. Pereira Albino
Adjunto do Director Clínico
23/11/25

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados, dos doentes submetidos a Correção cirúrgica de Hérnias, através dos seus processos clínicos
Adjunto do Director Clínico

Eu, Sandra Isabel Marques Oliveira, enfermeira a desempenhar funções no serviço de UCAPO do Hospital Pulido Valente venho por este meio solicitar a V. Exma. autorização para consultar os processos clínicos dos utentes submetidos a Cura Cirúrgica de Hérnias da parede Abdominal, com idades de 65 ou mais anos, ao longo do ano de 2009.

Este pedido, surge no sentido de dar continuidade ao meu percurso académico. Neste momento estou a frequentar o 2º Ano do Mestrado Saúde e Envelhecimento, tendo como tema de tese de Mestrado Vulnerabilidades do Idoso Submetido a Correção Cirúrgica de Hérnias da Parede Abdominal.

O estudo, em questão, tem como objectivo identificar os principais factores de vulnerabilidade em idosos submetidos a Cura Cirúrgica de Hérnias Abdominais, através da resposta à questão: Quais as complicações mais frequentes em idosos submetidos a Cirurgia de Correção de Hérnias da Parede Abdominal e sua relação com os factores de risco?

Para qualquer esclarecimento que Vossa Excelência entenda ser necessário, deixo em registo o meu contacto telefónico: 914709263 e contacto do serviço 31363/4 (UCAPO).

Sem mais nada de momento, grata pela atenção dispensada, subscrevo-me
Sandra Oliveira

Teu autorizador,
Supl. Directora
Só conhecimentos
Dr. Pereira Albino

Sandra Oliveira
23 de Novembro 2010

Anexo B – Pedido de autorização a solicitar o parecer da Comissão de Ética para a pesquisa de dados nos processos Clínicos dos utentes

Ex. Sr. Presidente da Comissão de Ética
Centro Hospitalar Lisboa Norte

Eu, Sandra Isabel Marques Oliveira, enfermeira Graduada, a desempenhar funções no serviço de UCAPO (Cuidados Anestésicos Pós-operatórios) do Hospital Pulido Valente encontro-me a dar início á minha Tese, no âmbito do Mestrado Saúde e Envelhecimento, cujo tema será “Vulnerabilidades do Idoso Submetido a Correção Cirúrgica de Hérnias da Parede Abdominal”.

O estudo, em questão, tem como objectivo identificar os principais factores de vulnerabilidade em idosos submetidos a Cura Cirúrgica de Hérnias Abdominais, através da resposta à questão: Quais as complicações mais frequentes em idosos submetidos a Cirurgia de Correção de Hérnias da parede abdominal e sua relação com os factores de risco?

O interesse por este estudo visa contribuir para a melhoria da qualidade das práticas de saúde dirigidas aos idosos, através da preocupação holística que deve acompanhar a prestação de cuidados de saúde, pelo facto do utente idoso ser o alvo major e o centro decisor da sua vida e pela necessidade de se conhecer e identificar os factores de risco e as complicações mais frequentes que poderão potenciar maior sofrimento, de modo a adequar um melhor planeamento de respostas a oferecer em termos de recursos humanos, materiais e estratégias, no sentido da manutenção de uma qualidade de vida.

Para efectivar este projecto será necessário obter os dados de todos os utentes intervencionados a Cura Cirúrgica de hérnias da parede Abdominal no Hospital Pulido valente, com 65 ou mais anos durante o ano de 2009, num total de 160 utentes (tanto em regime de internamento com ambulatório).

Para tal, venho solicitar a V. Ex. permissão para consultar os processos clínicos de modo a obter a informação necessária, garantindo a confidencialidade dos dados, ao abrigo da lei 67/98, Lei da protecção de dados Pessoais. Para a recolha dos dados será utilizada uma grelha de recolha de dados.

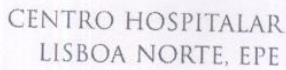


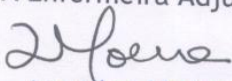
Para qualquer esclarecimento que V. Ex. entenda ser necessário, deixo em registo o meu contacto telefónico: 914709263 e contacto do serviço 31363/4 (UCAPO).

Sem mais nada de momento, grata pela atenção dispensada, subscrevo-me
Sandra Oliveira


Sandra Oliveira
7/12/2010

COMISSÃO DE ÉTICA
SECRETARIADO
RECEBIDO EM 7...12...10

Anexo C – Pedido de autorização a solicitar a concessão de dias para efectuar a pesquisa de dados

 <p>CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE</p>	 <p>HOSPITAL DE SANTAMARIA</p>	 <p>Hospital Pulido Valente</p>		
<p>Exma. Senhora Enf.^a Sandra Isabel Marques Oliveira S. Anestesia MCDT`s - U. Dor (UCAPO)</p>				
<p>Informamos que, ao abrigo do Artigo 20º do DL 248/2009 de 22 de Setembro de 2009, DR I Série, foi autorizada a concessão de 15 Dias úteis para realização da Tese de Mestrado na Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa - Universidade Nova, no Ano Lectivo de 2010/2011.</p>				
<p>Nota: As horas serão atribuídas de acordo com a disponibilidade do Serviço, sem recurso a custos adicionais e quando solicitadas atempadamente.</p>				
<p>Com os melhores cumprimentos,</p>				
<p>Lisboa, 10 de Janeiro de 2011</p>				
<p>A Enfermeira Adjunta</p>  <p>Lourdes Moura N.º Mec. 35073 Enfermeira Adjunta</p>				
<table border="0" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 50%; vertical-align: top;"><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM - GFIE</div><p>Av. Professor Egas Moniz 1649-035 LISBOA Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647 www.chln.pt dse.gfie@hsm.min-saude.pt</p></td><td style="width: 50%; vertical-align: top; text-align: right;"><p>Alameda das Linhas de Torres, 117 1769-001 LISBOA Tel: 217 548 252 – Fax: 217 548 213 www.chln.pt</p></td></tr></table>			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM - GFIE</div> <p>Av. Professor Egas Moniz 1649-035 LISBOA Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647 www.chln.pt dse.gfie@hsm.min-saude.pt</p>	<p>Alameda das Linhas de Torres, 117 1769-001 LISBOA Tel: 217 548 252 – Fax: 217 548 213 www.chln.pt</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM - GFIE</div> <p>Av. Professor Egas Moniz 1649-035 LISBOA Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647 www.chln.pt dse.gfie@hsm.min-saude.pt</p>	<p>Alameda das Linhas de Torres, 117 1769-001 LISBOA Tel: 217 548 252 – Fax: 217 548 213 www.chln.pt</p>			

Anexo D – Parecer da extensão do prazo de Entrega da Tese ao Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa/Faculdade Nova Lisboa


UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
Faculdade de Ciências Médicas

Exm^a Senhora
Dr^a Sandra Isabel Marques Oliveira
Rua Goa, n^o 13 2^o Dt^o
2670-437 Loures

SUA REFERÊNCIA SUA COMUNICAÇÃO DE NOSSA REFERÊNCIA DATA

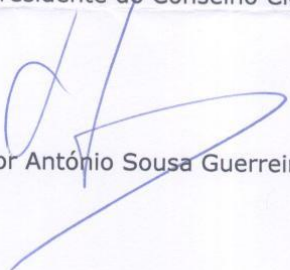
Ofc.^o n.^o 000184 Proc. 5 30 JAN 2012

ASSUNTO: **Mestrado em Saúde e Envelhecimento – Pedido de prorrogação do prazo da entrega da dissertação de Mestrado**

Comunico a V. Exa., que o Conselho Científico na sua reunião de 10 de Janeiro de 2012, tendo em conta o parecer da orientadora e o documento enviado por V.Ex^a, deliberou deferir o seu pedido de adiamento da entrega da dissertação de Mestrado, por seis meses, a contar da data de recepção deste ofício.

Com os melhores cumprimentos,

O Subdirector, Presidente do Conselho Científico,


(Prof. Doutor António Sousa Guerreiro)

FP

Campo dos Mártires da Pátria, 130 – 1169-056 Lisboa – <http://www.fcm.unl.pt>
E-mail: geral@fcm.unl.pt – Tel.: 21 880 3000 Fax: 21 885 1920

8. APÊNDICE - Instrumento de Colheita de Dados

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

I. ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

Nº _____

Data de Admissão: ____/____/____ Sexo: **1** Masculino () **2** Feminino ()

Data de Nasc: ____/____/____ Idade: _____ Anos

Estado Civil: **1** Casado () **2** Divorciado **3** Solteiro () **4** Viúvo ()

Profissão/Ocupação: **1** Reformado () **2** em Actividade laboral ()

II. ESTADO CONSCIÊNCIA / DEPENDÊNCIA

Consciente: **0** Não () **1** Sim () Orientado: **0** Não () **1** Sim ()

Independente: **0** Não () **1** Sim ()

III. HÁBITOS DE VIDA

Factores de Risco:

Tabagismo: **0** Não () **1** Sim ()

Etanolismo: **0** Não () **1** Sim ()

Cirurgia Proposta: _____

Presença de Dor no local da Hérnia: **0** Não () **1** Sim ()

IV. HISTÓRIA CLÍNICA

Doenças Crônicas Associadas:		0 Não () 1 Sim ()	
• Anemia	()	• EAM	()
• Asma	()	• HTA	()
• Aterosclerose	()	• HBP	()
• AVC	()	• Insuf. Cardíaca	()
• Arritmias	()	• Insuf. Renal	()
• Broncopatias	()	• Insuf. Venosa MI	()
• Diabetes	()	• Neoplasias	()
• Depressão	()	• Obesidade	()
• Cardiopatia Isquêmica	()	• Osteoartroses	()
• Dislipidemia	()	• Pneumopatias	()
• Doenças Degenerativas SNC	()	• Patologias Gástricas	()
• DPOC	()	• Outras	()

Medicação Utilizada no Domicílio:		0 Não () 1 Sim ()	
• ADO/ Insulina	()	• Anti-dislipidêmicos	()
• AINES	()	• Anti-hipertensores	()
• Analgésicos/Antipiréticos	()	• Broncodilatadores	()
• Ansiolíticos/ Sedativos	()	• Corticosteróides	()
• Antiarrítmicos	()	• Neurolépticos	()
• Antiácidos/Anti ulcerosos	()	• Vasodilatadores	()
• Anticoagulantes/Anti trombóticos	()	• Venotrópicos	()
• Antidepressivos	()	• Outros	()

Cirurgias Anteriores	0 Não () 1 Sim ()
-----------------------------	----------------------------

Quais: _____

Medicação Pré-Operatória:		0 Não () 1 Sim ()	
• Analgésicos/ Antipiréticos	()	• Insulinoterapia:	()
• Ansiolíticos / sedativos	()	• Anti-hipertensores	()
• Antibacterianos:	()		

III. PERÍODO INTRA-OPERATÓRIO

Cirurgia Realizada: _____

Data da Cirurgia ____/____/____

Carácter: 1 Electiva () 2 Urgência ()

Cirurgia	Anestesia
Início:	Início:
Fim:	Fim:
Tempo:	Tempo:

Anestesia: 1 Geral () 2 Loco-regional () 3 Sedação ()

Medicação Efectuada:		0 Não () 1 Sim ()	
• Adrenérgicos	()	• Anticolinérgicos	()
• Analgésicos/ Antipiréticos	()	• Anti-hipertensores	()
• Antibacterianos	()	• Corticosteróides	()

Pós-operatório Imediato: 1 Enfermaria () 2 UCAPO ()

IV. PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

IV.I Nível de consciência:

Lúcido, orientado no tempo e no espaço:	()
Desperta quando solicitado:	()
Não responde	()

IV.II Comportamento

Alteração do Comportamento na Unidade		0 Não () 1 Sim ()	
• Agitação	()	• Delírios	()
• Ansiedade	()	• Dificuldade em Dormir	()
• Confusão	()		

IV.III Alterações Hemodinâmicas

Alteração do Padrão Cardiovascular		0 Não () 1 Sim ()	
• Bradicardia	()	• Hipotermia	()
• Hipertensão	()	• Hipotensão	()
• Hipertermia	()	• Extrassístoles	()
		• Taquicardia	()

Alteração do Padrão Respiratório		0 Não () 1 Sim ()	
• Apneia ()		• Tosse Irritativa ()	
• Dispneia ()		• Tosse Produtiva ()	
• Saturações de oxigênio < 90%		0 Não () 1 Sim ()	
		• MF ()	
		• ON ()	

IV.IV Ferida Operatória:

Alterações da Ferida Operatória		0 Não () 1 Sim ()	
• Deiscência	()	• Hematoma	()
• Eventração	()	• Hemorragia	()
• Hiperémia	()	• Edema	()

IV.V Padrão Gastrointestinal:

Alteração do Padrão Gastrointestinal:		0 Não () 1 Sim ()	
• Náuseas	()	• Distensão Abdominal	()
• Vômitos	()	• Obstipação	()

IV.VI Eliminação Vesical:

Alteração do padrão Vesical:		0 Não () 1 Sim ()	
• Algiação	()	• Oligúria	()
• Esvaziamento Vesical	()	• Anúria	()

IV.VII Dor:

Presença de Dor:		0 Não () 1 Sim ()	
• Nula:	()	• Moderada:	()
• Ligeira:	()	• Intensa:	()

IV.VIII – Mobilidade

Alteração do padrão da mobilidade:		0 Não () 1 Sim ()	
Capaz de mobilizar 2 membros			()
Incapaz de mobilizar os membros			()

IV.IX - Medicação

Medicação Efectuada:		0 Não () 1 Sim ()	
• Adrenérgicos	()	• Antiarrítmicos	()
• AINES	()	• Anti-hipertensores	()
• Analgésicos/ Antipiréticos	()	• Broncodilatadores	()
• Analgésicos-Opióides	()	• Corticosteróides	()
• Ansiolíticos	()	• Insulinoterapia	()
• Anti-heméticos	()		

V. Evolução da complicação cirúrgica no período pós-operatório

Número de dias de internamento: _____Dias

Evolução do quadro clínico: **1** Alta () **2** () Transferência () **3** Óbito ()